

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

163

ANNÉE 1963.

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT de l'UNIVERSITÉ de PARIS

(Mention Médecine)

PAR

THACH - TOAN

Né le 3 Janvier 1935, à Travinh (Sud-Viet-Nam).

Présentée et soutenue publiquement le

1963.

**Etude clinique d'un nouvel amœbicide
de contact :**

LE FUROATE D'ENTAMIDE

Président : M. G. LAVIER, Professeur.

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND & C^{ie}, ÉDITEURS

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1963

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1963.

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT de l'UNIVERSITÉ de PARIS

(Mention Médecine)

PAR

THACH - TOAN

Né le 3 Janvier 1935, à Travinh (Sud-Viet-Nam).

Présentée et soutenue publiquement le

1963.

**Etude clinique d'un nouvel amoebicide
de contact :**

LE FUROATE D'ENTAMIDE

Président : M. G. LAVIER, Professeur.



AMÉDÉE LEGRAND & C^{ie}, ÉDITEURS

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1963

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. ALAJOUANINE (T.), AUBIN (A.), BÉNARD (H.), BULLIARD (H.), CADENAT (F.), CHABROL (E.), CHAMPY (C.), DEBRÉ (R.), FEY (B.), GASTINEL (P.), HALPHEN (E.), HAZARD (R.), HEUYER (G.), LANTUEJOL (P.), LAROCHE (G.), LÉVY-SOLAL (E.), LIAN (C.), MATHIEU (P.), MOCQUOT (P.), MONDOR (H.), MONOD (R.), MOREAU (R.), MOULONGUET (P.), OLIVIER (E.), PASTEUR VALLÉRY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D.), QUÉNU (J.), RICHT (C.), SENEQUE (J.), STROHL (A.), TANON (L.).

DOYEN**Léon BINET**

Membre de l'Institut.

1^{er} ASSESSEUR**Jean VERNE****2^e ASSESSEUR****Gaston CORDIER****I. — PROFESSEURS****1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES.****a) Professeurs titulaires :**

Anatomie	MM.
Anatomie pathologique	DELMAS (A.).
Anesthésiologie	DELARUE (J.).
Biochimie médicale	BAUMANN (J.).
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports.	JAYLE (M. F.).
Biologie médicale	SCHAPIRA (G.).
Cancérologie médicale et sociale	CHAILLEY-BERT (P.).
Embryologie	FAUVERT (R.).
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	BERNARD (J.).
Histologie	GIROUD (A.).
Hygiène et médecine préventive	N.
Médecine du Travail	VERNE (J.).
Médecine légale	JOANNON (P.).
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	DESOILLE (H.).
Parasitologie	PIÉDELIEVRE (R.).
Pathologie chirurgicale	FASQUELLE (R.).
Pathologie exotique	GALLIARD (H.).
Pathologie expérimentale et comparée	HUGUIER (J.).
Pathologie médicale	LAVIER (G.).
Pathologie respiratoire	MERKLEN (F.-P.).
Pathologie et thérapeutique générales	MILLIEZ (P.).
Pharmacologie	TURIAF (F.).
Physiologie	BOUDIN (G.).
Physiologie et pathologie obstétricale	CHEYMOL (J.).
Physique médicale	BINET (L.).
Radiologie médicale	BARGETON (D.).
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale ..	LEPAGE (F.).
Thérapeutique	DOGNON (A.).
	DJOURNO (A.).
	DESGREZ (H.).
	N.
	CONTE (M.).

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.).
Biologie médicale	POLONOVSKI (J.).
Embryologie	BOURLIERE (F.).
Hygiène et médecine préventive	TUCHMANN (H.).
Parasitologie	DEPARIS (M.).
Pathologie chirurgicale	BRUMPT (L.-C.).
Pharmacologie	LAURENCE (G.).
Physiologie	LÉVY (Mlle J.).
Physique médicale	PARROT (J.).
	KELLERSHOHN (L.).

2^o CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES.**a) Professeurs titulaires :**

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.).
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.).
Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.).
Cochin	LEGER (L.).
Hôtel-Dieu	PATEL (J.).
Pitié	CORDIER (G.).
Saint-Antoine	GOSSET (J.).
Salpêtrière	SICARD (A.).
Tenon	OLIVIER (Cl.).

MM.

Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)
 Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)
 Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) ...
 Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec) ..
 Clinique endocrinologique (Pitié)
 Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades) ..
 Clinique gynécologique (Broca)
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)
 Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades) ..
 Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) ..
 Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)
 Clinique des maladies métaboliques (Necker)
 Clinique des maladies du sang (Broussais)
 Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)
 Cliniques médicales
 { Boucicaut
 { Broussais
 { Cochin
 { Cochin
 { Hôtel-Dieu
 { Lariboisière
 { Pitié
 { St-Antoine
 Clinique médicale d'hygiène thérapeutique et climatologie (Bichat)
 Clinique médicale propédeutique (Broussais)
 Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)
 Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)
 Clinique neurologique (Salpêtrière)
 Cliniques obstétricales
 { Baudelocque
 { Foch (Suresnes) ..
 Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) ..
 Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)
 Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)
 Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de Paul)
 Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)
 Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)
 Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) ..
 Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)
 Clinique stomatologique (Pitié)
 Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)
 Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)
 Clinique toxicologique
 Clinique traumatologique
 Séméiologie médicale
 Séméiologie et clinique chirurgicales
 Clinique urologique (Necker)
 Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)

FÈVRE (M.).

MERLE-D'AUBIGNÉ (R.).
 GAUDARD-D'ALLAINES (F. de).
 MATHEY (J.).
 DECOURT (J.).
 LAMY (M.).
 FUNCK-BRENTANO (P.).
 DEGOS (R.).
 CATHALA (J.).
 MOLLARET (P.).

DELAY (J.).
 HAMBURGER (J.).
 MARCHAL (G.).
 CASTAIGNE (P.).
 LENÈGRE (J.).
 SOULIÉ (P.).
 JUSTIN-BESANÇON (L.).
 BROUET (G.).
 BARIÉTY (M.).
 SÈZE (S. de).
 DREYFUS (G.).
 KOURILSKY (R.).

DEBRAY (C.).
 GENNES (L. de).

DEROT (M.).
 DAVID (M.).
 GARCIN (R.).
 LACOMME (M.).
 MERGER (R.).
 VARANGOT (J.).
 RENARD (G.).
 AUBRY (M.).

LELONG (M.).
 MARIE (J.).
 BERNARD (E.).
 MICHAUX (L.).
 COSTE (F.).
 DECHAUME (M.).
 ROUX (M.).
 LEMAIRE (A.).
 GAULTIER (M.).
 PADOVANI (P.).
 DOMART (A.).
 POILLEUX (F.).
 COUVELAIRE (R.).
 TURPIN (R.).

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine

{ BOUR (H.).
 { LHERMITTE (F.).
 { PEGUIGNOT (H.).

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES - AGREGES

MM.

Anatomie

{ CABROL (C.).
 { COUINAUD (C.).
 { GILLOT (C.).
 { OLIVIER (G.).
 { Mlle GAUTHIER-VILLARS (P.)
 { Pr. s. ch.
 { ABELANET (R.).
 { BUSSET (F.).
 { CHOMETTE (G.).
 { GOUYGOU (Ch.), m.conf.
 { NEZELOFF (Ch.).
 { ORCEL (L.).
 { PAILLAS (J.).

Anatomie pathologique

Anesthésiologie

Bactériologie

Biochimie médicale

MM.

{ KERN (E.).
 { VOURC'H (G.).
 { BARBIER (P.).
 { CHRISTOL (D.).
 { LE MINOR (L.).
 { TOURNIER (P.).
 { BAULIEU Et. m. conf.
 { BOURILLON (R.).
 { CARTIER (P.).
 { DREYFUS (J.-Cl.).
 { GONNARD (P.).
 { KRUI (J.).
 { JEROME (H.).

	MM.		MM.
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.).	Pathologie exotique .	SCHNEIDER (J.). BENHAMOU (J.-P.). BERTHAUX (P.). BOIVIN (P.). CROSNIER (J.). HARTMANN (L.). LEPER (J.). MAURICE (J.). MIKOL (Cl.). RICHT (G.).
Carcinologie	BOIRON (M.). DENOIX (P.). MATHE (G.). SELIGMANN (M.).	Pathologie expérimentale	AUSSANNAIRE (M.). BOUVIER (J.). BOUVRAIN (Y.). BRICAIRE (H.). BRISAUD (H.). BROCARD (H.). BUGE (A.). CATINAT (J.). CHRÉTIEN (J.). COBLENTZ (B.). CONTAMIN (F.). COURY (C.). ETIENNE (J.-P.). FREZAL (J.). FRITEL (D.). HENNEQUET (A.). HIMBERT (J.). HOUSSET (E.). LAROCHE (Cl.). LESOBRE (R.). MACREZ (C.). MOREAU (L.). NICK (J.). ROYER (P.). TOURNEUR (R.). WOLFROMM (R.).
Dermato-Syphiligraphie ..	CIVATTE (J.). DUPERRAT (B.).	Pathologie médicale.	JOSEPH (R.). LAFOURCADE (J.). LEPERCQ (G.). MANDE (R.). MOZZICONACCI (P.). POLONOVSKI (C.). ROSSIER (A.). VIALATTE (J.).
Electro-Radiologie ..	LEDOUX-LEBARD (G.). BESSIS (M.). BILSKI-PASQUIER (G.). DAUSSET (J.). DUHAMEL (G.). COUJARD (R.) pr. s. ch.	Pédiatrie-Puériculture.	BOISSIER (J.). LECHAT (P.). BARRES (J.). DEJOURS (P.). DURAND (J.). GIRARD m. conf. HUGELIN (A.). SCHERRER (J.).
Hématologie	MAROIS (M.). RACADOT (J.). BESANÇON (F.). CORNET (A.). BOYER (J.), pr. s. ch.	Pharmacologie	CHANTEUR (J.). GOUGEROT (L.), m.conf. pr. s. ch. GREMY (F.), m. conf. MILHAUD (G.). PELLERIN (P.). ROUCAYROL (J.-Cl.). TUBIANA (M.), m.conf.
Hydrologie	BLANCHER (G.). CORRE-HURST (M ^{me} L.). SAPIN-JALOUSTRE (H.).	Physiologie	KREIS (B.). MEYER (A.). RENAULT (P.).
Hygiène	BASTIN (R.). DUPONT (V.). DEROBERT (L.), pr. s. ch.	Physique médicale ..	PICHOT (P.). DENIKER (P.). DUCHÉ (D.). FLAVIGNY (H.). LAPRESLE (J.).
Maladies infectieuses.	FOURNIER (E.). GUENIOT (M.). HADENGUE (A.).	Psychiatrie	DELBARRE (F.).
Médecine légale	ALBAHARY (C.). PERTUISET (B.). GRANJON (A.). HERVET (E.). LE LORIER (G.). LEVY (J.).	Psychiatrie infantile .	CERNÉA (P.). CHAPUT (M ^{me} A.), m. c. agr. GRELLET (M.).
Médecine du travail.	MORIN (P.). MUSSET (R.). ROBEY (M.). SENEZE (J.). SUREAU (C.). THOYER-ROZAT (J.).	Rhumatologie	
Neuro-chirurgie	BRÉGEAT (P.). DUBOIS (A.). SARAUX (H.). JUDET (R.). MEARY (R.). POSTEL (M.). RAMADIER (J.).	Stomatologie	
Obstétrique	DEBAIN (J.). PIALOUX (P.). GOLVAN (Y.). LAPIERRE (J.). BARCAT (J.). BINET (J.-P.). CAUCHOIX (J.). CERBONNET (G.). CHATELIN (C.-L.). DUBOST (Ch.). DUBOST (Cl.). FAUREL (J.). FLABEAU (F.). GARBAY (M.). GARNIER (H.). (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES. GERMAIN (A.). LATASTE (J.). LEVEQUE (B.). LOYGUE (J.). MERCADIER (M.). NATALIE (J.). PELLERIN (D.). PERROTIN (J.). ROBERT (H.). THOMERET (G.).		

Thérapeutique	{	MM.	{	Urologie	{	MM.
		CHASSAGNE (P.).				AUVERT (J.).
		LAMOTTE (M.).				MOULONGUET (A.).
		MARCHE (J.).				QUENU (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

Anatomie	{	MM.	{	Clinique ophtalmolo- gique	{	MM.
		DEBEYRE (J.).				DESVIGNES (P.).
		ABOULKER (P.).				OFFRET (G.).
		AMELINE (A.), pr. s. ch.				
Clinique chirurgicale ..	{	VERNE (J.-M.).	{	Clinique oto-rhino-la- ryngologique	{	MADURO (R.).
		PERRAULT (M.).				
		RAMBERT (P.).				LAPLANE (R.).
		THIEFFRY (S.).				BARUK (H.).
Clinique médicale ..	{	GRASSET (J.).	{	Clinique pédiatrique et puériculture	{	KUSS (R.).
		MAYER (M.).				
Clinique obstétricale.	{		{	Clinique psychiatrique.	{	

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P.), Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.), Pr. s. ch.

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

BOLTANSKI (E.), LAUNAY (C.).

Secrétaire général de la Faculté.	M. LENA (J.).
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.).

Conservateur en Chef de la Bi- bliothèque	{	M. le Docteur HAHN (A.).
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine		
Conservateur		
		Mlle DUMAITRE (P.).

Bibliothécaires	{	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÈVREUX (E.).
-----------------------	---	---

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE SA MAJESTÉ

PREAH KANHCHANNAKOTH

Roi du Cambodge

A SA MAJESTÉ

La Reine du Cambodge

*En hommage de notre profonde et dévouée
vénération.*

A SON ALTESSE ROYALE

SAMDECH PREAH UPAYUVAREACH

NORODOM SIHANOUK

Chef de l'Etat du Cambodge

*Qui, par son Auguste Bienveillance depuis
1953, m'a permis de terminer mes études
secondaires et supérieures,*

*Au Grand Bienfaiteur de la Jeunesse Khmère,
Au Grand Fondateur du Cambodge moderne,
Au Père Vénéré de la Nation,*

Très humblement,

*Je dédie ce modeste ouvrage en gage de mon
éternelle reconnaissance.*

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Sentiments d'éternels regrets.

A MA MÈRE

*Témoignage de ma profonde reconnaissance,
de ma piété filiale et de ma plus grande
affection.*

A MA FEMME SOTH-SOPHANY

*Image même de la douceur,
Qu'il me soit permis de lui témoigner ici
tout mon amour et toutes mes affections.*

A MON FILS THACH-NYPHANA

Toutes mes affections.

A MADAME ET MONSIEUR THACH-THOM

*Ma très chère Tante et mon très cher Oncle,
Qui m'ont élevé dans mon enfance,
Qui m'ont toujours considéré comme l'ainé
de leurs enfants,
Qu'ils veuillent bien trouver ici l'hommage
de ma très grande reconnaissance et de mes
plus grandes affections.*

A MADAME ET MONSIEUR THACH-TRAM

A MADAME ET MONSIEUR KIM-TRANG

*Mes Chères Tantes et mes Chers Oncles,
Toute ma gratitude et toutes mes affections.*

A MES BEAUX-PARENTS

Reconnaissance et Respects.

A TOUS MES FRÈRES ET SŒURS

A TOUS MES AMIS

Fidélité et Dévouement.

A MONSIEUR THACH-THUON

Lieutenant-Colonel des F.A.R.K.

Officier de l'Ordre Royal du Cambodge.

*Qui m'a tant aidé depuis la disparition de
mon père et m'a toujours aimé comme son
propre fils,*

A qui je dois ma situation actuelle,

*Qu'il veuille bien me permettre de lui témoi-
gner ici mes plus grandes affections et ma
reconnaissance éternelle.*

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. LÂVIER

Chaire de Pathologie exotique à la Faculté de Médecine de Paris.

Membre de l'Académie Nationale de Médecine.

Officier de la Légion d'Honneur.

Qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre Thèse,

Qu'il veuille trouver ici l'hommage de notre dévouée gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. SCHNEIDER

Professeur de Pathologie exotique à la Faculté de Médecine de Paris.

Hommages de notre admiration et de notre respect.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE MÉDECIN-LIEUTENANT COLONEL A. DARBON

Professeur du Val-de-Grâce.
Spécialiste des Hôpitaux Militaires.

*Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse et
qui m'a fait bénéficier largement de sa riche
expérience clinique durant l'année de stage
interné que j'ai passé dans son Service,*

*Qu'il veuille bien me permettre de lui ex-
primer ici ma plus grande reconnaissance et mes
profonds respects.*

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE MÉDECIN-COMMANDANT L. GIRIER

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce.

*Qui m'ai aidé dans cette thèse par ses pré-
cieux conseils et qui a bien voulu me guider
tout au long de sa rédaction,*

*A qui je dois une grande part de mon ensei-
gnement clinique,*

*Qu'il veuille bien accepter ici ma plus grande
reconnaissance et mes profonds respects.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN-COMMANDANT A. PORTAL

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce.

*Qui m'a toujours accordé une bienveillante
sympathie,*

*Expression de ma vive gratitude et de mes
profonds respects.*

A MADAME MARGUERITE CHAMPAGNE

Docteur-ès-Sciences

*A la première Directrice des cours de P.C.B.
de Phnom-Penh, qui m'a toujours témoigné
une grande affection,*

Expression de ma vive gratitude.

A SON EXCELLENCE LE DOCTEUR SONN-MAM

Médecin des Hôpitaux psychiatriques de la Seine.
Doyen de la Faculté Royale de Médecine de Phnom-Penh.

Hommages respectueux.

A MONSIEUR LE LIEUTENANT-GÉNÉRAL LON-NOL

Commandant en Chef.

Ministre d'Etat chargé de la Défense Nationale.

*Qui, par son esprit d'initiative et sa haute
compréhension, encourage l'essor du Corps
Médical en favorisant les études des cadres du
Service de Santé des Forces Armées Royales
Khmers,*

*Qu'il veuille trouver ici le témoignage de
notre profond respect.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN-LIEUTENANT COLONEL KANG-KENG

Directeur central du Service de Santé des F.A.R.K.

Nos hommages respectueux.

A SON ALTESSE

LE LIEUTENANT-COLONEL SISOWATH-METHAVI

Attaché Militaire, Naval et de l'Air
près l'Ambassade Royale du Cambodge à Paris.

*Qui nous a toujours réservé un accueil bien-
veillant au cours de notre séjour à Paris.*

*Témoignage de notre profonde reconnais-
sance et de notre respect.*

A MONSIEUR LE MÉDECIN-COMMANDANT THAI-SYCHHIN

Nos hommages respectueux.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-GÉNÉRAL BORON

Professeur Agrégé du Val-de-Grâce.
Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire
et de l'Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes.

Hommages de nos profonds respects.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-GÉNÉRAL LACAUX

Directeur de l'Ecole d'Application
du Service de Santé Militaire du Val-de-Grâce.

Hommages de nos profonds respects.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-LIEUTENANT-COLONEL CHAIZE

Directeur des Etudes de l'Ecole d'Application
du Service de Santé Militaire du Val-de-Grâce.

*Qui nous a toujours accordé une sympathie
bienveillante et auprès de qui nous trouvons
toujours une très haute compréhension, au
cours de notre séjour au Val-de-Grâce,
Témoignage de notre grande gratitude.*

A TOUS NOS MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
DES HÔPITAUX CIVILS ET MILITAIRES
A PHNOM-PENH ET A PARIS

Témoignage de notre reconnaissance.

A TOUT LE PERSONNEL MÉDICAL DE L'HÔPITAL MILITAIRE
D'INSTRUCTION DU VAL-DE-GRACE A PARIS

Nos remerciements et notre estime.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MICHEL ROMAIN
ET AUX LABORATOIRES CLIN-COMAR A PARIS

*Qui nous ont fourni gracieusement les échan-
tillons médicamenteux nécessaires pour notre
expérimentation,*

Expression de notre vive gratitude.

INTRODUCTION

Cinquante ans se sont déjà écoulés depuis l'introduction dans la thérapeutique du Chlorhydrate d'Emétine par Sir Leonard ROGERS en 1912. Dans l'arsenal anti-amibien, des médicaments, actifs à des degrés bien divers, se sont succédés d'une manière impressionnante. C'est dire aussi qu'aucun des médicaments n'est complètement satisfaisant dans le traitement de l'amibiase intestinale.

Certes, dans notre lutte contre cette affection, bien des médicaments sont spécifiquement actifs et en premier lieu l'Emétine. Cependant, de nombreuses raisons expliquent la difficulté thérapeutique et par suite la multiplicité des anti-amibiens proposés. La première réside dans la particularité de la biologie parasitaire elle-même obligatoirement associée au développement des bactéries qui l'accompagnent, génératrice d'inflammation chronique de la muqueuse intestinale, de cicatrices durables au niveau du côlon, d'irritation chronique du plexus nerveux de sa paroi et qui fait que la thérapeutique de l'amibiase ne saurait se résumer en la seule mise en œuvre d'une chimiothérapie dirigée contre la seule amibe histolytique, agent de nécrose. La seconde est liée à la toxicité des médicaments jusqu'ici employés. En effet, cette toxicité :

- impose d'une part, une administration discontinue et de ce fait, on ne pourra combattre une agression continue ou trop fréquemment renouvelée ;
- rend d'autre part, pratiquement impossible un traitement ambulatoire si utile et bénéfique dans les pays endémiques où il ne saurait absolument pas être question de traiter par exemple les porteurs de kystes en milieu hospitalier.

Bref, la médication idéale reste à trouver. Comme disaient BLANC et SIGUIER, la véritable « *therapia sterilisans magna* » sera toujours le médicament qui détruirait en même temps

l'amibe sous toutes ses formes, permettrait une guérison de tous les états intestinaux et éviterait à jamais les rechutes.

En ce début de l'année 1963, sans prétendre trouver cette médication idéale, espérant toutefois qu'un nouveau pas se fera vers la cure radicale de l'amibiase intestinale, nous entreprendrons, après un bref rappel anatomo-clinique et thérapeutique, l'étude d'un nouvel anti-amibien, le FUROATE D'ENTAMIDE ou 8073 C B.

ASPECTS ANATOMO-CLINIQUES ET DIAGNOSTIC DE L'AMIBIASE INTESTINALE

I. — ASPECTS ANATOMO-CLINIQUES

A partir de sa contamination, simple, se résumant à l'ingestion des kystes, l'amibiase va se présenter sous trois aspects anatomo-cliniques. Ce sont successivement : le parasitisme amibien, la dysenterie amibienne et l'entéro-côlite amœbo-bacillaire.

1. Le parasitisme amibien :

C'est le stade initial. L'amibe vit au dépens du contenu du bol fécal dans la lumière du côlon où elle se multiplie et dont elle respecte les parois. Cet état qui peut se prolonger indéfiniment ne provoque aucun trouble.

2. La dysenterie amibienne :

Sous des influences très diverses dont le facteur primordial est l'irritation de la muqueuse intestinale, l'amibe, jusque-là inoffensive, devient virulente. Elle prend la forme l'*Entamoeba histolytica*, hématophage et histolytique. Elle envahit la muqueuse intestinale, y crée des abcès puis des ulcérations typiques en « boutons de chemise ».

Sur le plan clinique, c'est à ce stade que se réalise le maximum des manifestations fonctionnelles évocatrices. Ce sera le classique syndrome dysentérique bien connu depuis DUTROULEAU (1861) se traduisant par des selles glairo-sanguinolentes, des épreintes et du ténésme torturant le malade. En fait, ce syndrome, très fréquent en Extrême-Orient, est rare en Afrique du Nord (12 % selon la statistique de H. FÉLIX et coll.) et en France métropolitaine. Habituellement, à côté d'un contexte général très peu perturbé, on constate :

- des douleurs abdominales d'installation progressive, parfois modérées et localisées, mais le plus souvent réduites à un simple endolorissement permanent et diffus réalisant un « uncomfortable abdomen » pour reprendre l'expression des auteurs anglais ;
- des selles au nombre de 4 à 5 ou 10 par jour, de caractère impérieux parfois accompagnées de malaise et lipothymies et, dans les cas typiques afécales et glairosanguinolentes.

L'examen ne fournit cependant que des renseignements peu caractéristiques. On observe, soit un météorisme abdominal, un cadre colique sensible et spastique, soit un sigmoïde spasme et douloureux (signe de MAXSON BARR) tous ces signes étant des éléments d'orientation de très grande valeur.

L'examen rectoscopique enfin permet de constater soit un aspect non spécifique purement congestif réparti en plaques avec des zones de granité, de dépoli caractéristiques, soit des aspects spécifiques sous forme de taches purpuriques, d'ulcérations irrégulières plus ou moins étendues ou même d'aspect en furoncle.

3. L'entéro-côlite amæbo-bacillaire :

Elle fait suite directement à la dysenterie (amibiase intestinale évolutive), mais elle peut être aussi le fait des récidives (rechutes) et des sommations des atteintes (réinfestations). A ce moment les lésions anatomiques évoluent pour leur propre compte. Souvent partiellement cicatrisées, toujours entretenues par l'infection microbienne, ces ulcérations torpides constituent pour les agents pathogènes (amibes et microbes) des repaires difficilement atteints par des médicaments.

Au point de vue clinique, les signes fonctionnels sont des plus polymorphes. Il peut s'agir, plus ou moins intriqués :

- des syndromes abdominaux variés allant des douleurs coliques aux syndromes dyspeptiques ou hépato-vésiculaire, etc.
- des troubles du transit du type de diarrhée épisodique, de constipation opiniâtre ne cédant qu'au traitement spécifique ou plus classiquement du type de diarrhée et de constipation alternées ;
- des phénomènes de répercussion neuro-végétative plus ou moins marqués, traduisant plutôt des états séquelles que des manifestations amibiennes chroniques proprement dites.

A l'examen rectoscopique on trouve un aspect congestif quasi constant, un œdème relativement fréquent et rarement, l'aspect classique de muqueuse atrophique, pâle, jaunâtre.

II. — DIAGNOSTIC DE L'AMIBIASE INTESTINALE

Le diagnostic de l'amibiase intestinale est en général relativement aisé. Il repose sur les données de l'interrogatoire, les examens clinique et rectoscopique et sera confirmé par les recherches coprologiques.

1. Interrogatoire :

La notion de séjour dans un pays d'endémie et la notion de contagé par un sujet contaminé permettent presque toujours de retrouver l'origine de l'infestation amibienne. C'est dire que l'interrogatoire reste un temps essentiel en matière d'amibiase intestinale.

2. Examen clinique :

S'il est des cas où il ne se passe rien au point de vue clinique, les manifestations colitiques restent néanmoins prédominantes dans l'amibiase. L'examen permet de constater en effet, dans la grande majorité des cas, des signes de colite, soit droite, soit gauche, ou droite et gauche réalisant la colite bipolaire quasi pathognomonique.

3. Examen rectoscopique :

Chez 200 amibiens confirmés CH. MION, J. TURPIN et H.FÉLIX ont trouvé des aspects rectoscopiques suivants :

- normal 6 % ;
- non spécifique . 59 % ;
- spécifique 35 %.

(Sem. Hop. n° 36-37. 1960 page 2.107).

Il apparaît ainsi que la rectoscopie est d'un concours moindre dans l'établissement du diagnostic de l'amibiase. Elle aura cependant son intérêt pour confirmer un diagnostic douteux et surtout pour guider la conduite du traitement et du pronostic. Ainsi la persistance des lésions ulcéreuses par exemple, impose un lavement médicamenteux agissant au contact de la muqueuse intestinale.

4. Recherches coprologiques :

Simple, peu coûteux, l'examen microscopique des selles à la recherche d'amibes est le geste fondamental pour confirmer une amibiase intestinale. Il se pratique sur des selles fraîchement émises avec des précautions d'usage et, en dehors des poussées après réactivation par une purgation saline par le sulfate de soude.

THERAPEUTIQUE ACTUELLE DE L'AMIBIASE INTESTINALE

Toute amibiase reconnue doit être traitée.

S'il est évident qu'il faut traiter une dysenterie amibienne il est non moins important de mettre en œuvre la thérapeutique spécifique en cas de parasitisme amibien. Et ceci pour deux raisons (J. SCHNEIDER) :

- pour l'intérêt du porteur car un jour ou l'autre l'amibe pourra toujours devenir histolytique et créer des dommages sérieux ;
- pour l'intérêt de l'entourage, car le porteur est contagieux par l'élimination fécale de ses kystes.

Quoiqu'il en soit, la thérapeutique de l'amibiase doit être précoce, variée, prolongée et continue. Elle vise le parasite et doit prévenir les lésions irréversibles faisant du malade un véritable infirme.

A l'heure actuelle, il serait impossible dans notre cadre de rappeler tous les anti-amibiens reconnus depuis Sir LEONARD ROGERS. Aussi, après avoir cité les médicaments actuels de l'amibiase, envisagerons-nous quelques schémas thérapeutiques proposés.

A. - MEDICAMENTS ACTUELS DE L'AMIBIASE

Nous disposons actuellement, dans notre lutte contre l'amibiase des moyens thérapeutiques suivants :

- les anti-amibiens diffusibles ;
- les anti-amibiens de contact ;
- les antibiotiques d'origine fongique ;
- les médicaments adjuvants non spécifiques ;
- les cures hydrominérales.

I. Anti-amibiens diffusibles :

Ce sont des médicaments diffusibles par voie sanguine qui, se fixant sur les tissus, atteignent l'amibe histolytique dans son habitat pariétal côlique et dans ses déterminations viscérales. Ils ne peuvent atteindre les amibes qui se trouvent dans la lumière du côlon. Ils comprennent : l'émétine, la 2-déhydro-émétine, la conessine et la chloroquine.

1. EMÉTINE.

Principe actif de l'Ipéca, alcaloïde, l'Emétine fut isolée par PELLETIER et MAGENDIE en 1817. Sous forme de chlorhydrate elle fut utilisée pour la première fois en injections parentérales par Sir LEONARD ROGERS en 1912.

Outre ses propriétés directes anti-amibiennes, l'Emétine, par ses actions hémostatique, sédative et antispasmodique, agit sur les manifestations cliniques de la dysenterie. Cependant, toxique et fixée électivement sur les nerfs et sur la fibre cardiaque, elle peut donner des accidents graves dont les plus fréquents sont : les polynévrites sensitivo-motrices précédées par une parésie et les accidents cardio-vasculaires avec troubles du rythme, allongement de P R et inversion de T ou même la redoutable myocardite émétinienne.

Pour toutes ces raisons, l'Emétine doit être administrée à des doses très précises : 0 g. 01 par kg. dose totale pour une cure, et une période de 45 jours au moins doit séparer deux cures émétiennes.

Elle est habituellement administrée par voie sous-cutanée, en injection quotidienne de 0 g. 02 à 0 g. 08, selon les cas. On prescrira en même temps du sulfate de strychnine à raison de 0 g. 001 pour 0 g. 01 d'émétine, de la vitamine B 1 (0 g. 05) et de la désoxycorticostérone.

2.2-DÉHYDRO-ÉMÉTINE.

Anti-amibien de synthèse, la 2-3'-déhydro-émétine-delta-hydrochloride isomère 11 fut découverte par BROSSI et coll. en 1959. Moins toxique pour le myocarde, moins hypotensive, elle conserve l'action antispasmodique de l'émétine. D'autre part, par rapport à celle-ci, son élimination est beaucoup plus rapide.

La 2-déhydro-émétine est utilisée en injections sous-cutanées ou intra-musculaires aux doses usuelles de l'émétine, c'est-

à-dire de 0 g. 02 à 0 g. 08 par jour jusqu'à une dose totale correspondant à 0 g. 01 par kg. Cependant, dans les cas graves on peut atteindre la dose totale massive de 2 g. (F. BLANC et coll. 1961).

3. CONESSINE.

C'est le principe le plus actif de l'Holarrhena, isolé par HAINES, dès 1858, et utilisé seulement à partir de 1940 à la suite des travaux de DURIEUX et coll. et TANGUY *et coll.* En 1948, LAVIER et CROSNIER signalent de sérieux phénomènes d'intolérance et surtout des troubles psychiques dûs au traitement.

Actuellement, à la suite de CROSNIER et DARBON en 1952, la conessine est abandonnée au profit du dibromhydrate d'aminooxy-conessine (Neo-Roquessine). Chez l'adulte, sa posologie est la suivante : 0 g. 50 par jour pendant 5 jours consécutifs, 0 g. 40 les 4 jours suivants, 0 g. 30 pendant 3 jours, 0 g. 20 pendant 2 jours et 0 g. 10 le dernier jour du traitement. Chez l'enfant, on administre chaque jour 0 g. 10 en 5 prises, la dose totale étant fixée à 0 g. 60.

4. CHLOROQUINE.

La chloroquine ou butyl-amino-4-quinoléine (Nivaquine) est un médicament largement utilisé pour son activité antipaludique. Vis-à-vis de l'amibiase, elle est active uniquement contre l'amibe dans sa localisation hépatique, action reconnue par CONAN en 1948 puis par MANSON-BAHR en 1949.

Actuellement employée comme médicament du traitement de consolidation de l'hépatite amibienne, la chloroquine est utilisée par voie orale à la dose de 0 g. 60 par jour pendant les deux premiers jours, puis 0 g. 30 par jour pendant deux à trois semaines.

II. Anti-amibiens de contact :

Ce sont des médicaments dont le transit est strictement digestif, agissant par contact direct sur les amibes qui se trouvent dans le bol intestinal et dans les ulcérations côliques superficielles. Ils sont très nombreux et comprennent principalement : la glaucarubine, les arsenicaux, les dérivés de l'oxy-quinoléine et les phénanthroline-quinones.

1. GLAUCARUBINE.

Ester isolé de la *Simaruba glauca*, la Glaucarubine fut connue depuis HAM et coll. en 1954. Elle est utilisée comme médicament d'appoint dans les cures de consolidation à des doses allant de 3 à 5 mg/kg par jour pendant 8 à 10 jours.

On utilise aussi en France un extrait de la *Simaruba glauca* contenant divers alcaloïdes (Amibiasine). Ce produit est présenté sous forme, soit d'un liquide contenant 2 g. 50 d'extrait pour 100 ml., soit de dragées dosées à 0 g. 05 d'extrait. Les doses usuelles sont de 6 à 12 cuillerées à café ou 12 à 24 dragées par 24 heures.

2. ARSENICAUX.

Un grand nombre de médicaments arsenicaux sont utilisés contre l'amibiase. Parmi eux citons seulement la Diphétarsonne et le Mercapto-arsénol.

La Diphétarsonne (Bémarsal) est utilisée depuis SCHNEIDER et DUPOUX en 1952. Employée par voie orale, sa posologie est de 2 g. par jour pour les adultes et de 0 g. 05/kg par jour pour les enfants, pendant 10 jours consécutifs.

Le Mercapto-arsénol (Amœbal) résulte de la combinaison de l'acétarsol et du mercapto-propanol. Il est utilisé depuis 1954 et sa posologie a été fixée à 10 mg/kg par jour, avec maximum de 500 mg, pendant 5 jours.

3. DÉRIVÉS DE L'OXY-QUINOLÉINE.

Les plus utilisés de ces dérivés sont à l'heure actuelle l'iodo-chloro-hydroxyquinoléine, la di-iodoxyquinoléine et la di-bromo-oxyquinoléine.

L'iodo-chloro-hydroxyquinoléine (vioforme) a été introduite dans la thérapeutique par ANDERSON en 1931. Elle est surtout employée sous forme d'Entéro-vioforme obtenu par l'adjonction au Vioforme d'un émulsifiant, la Sapamine. Celui-ci est prescrit à la dose quotidienne de 0 g. 50 à 0 g. 75, soit 2 à 3 comprimés, pendant 8 à 10 jours.

La di-iodoxyquinoléine ou Di-iodoquine (Direxiode) a été étudiée par ARNETT en 1939, puis MORTON en 1945 et ARMSTRONG en 1949. Elle est utilisée par voie orale, sous forme de comprimés dosés à 0 g. 21 et la posologie usuelle chez l'adulte comporte la prise quotidienne de 6 à 8 comprimés pendant 15 à 20 jours consécutifs. Chez l'enfant, les doses varient de

0 g.21 pour les nourrissons à 1 g. 40 par jour pour les enfants de 7 à 12 ans.

La Dibromo-oxyquinoléine (Paramibe ou Colipar) a été utilisée par PAYET en 1953 sous forme de comprimés dosés à 0 g. 25, la dose usuelle administrée étant de 6 à 8 comprimés par jour pendant 2 à 3 semaines.

Notons enfin le A I 307 ou Intestopan qui associe à un agent mouillant le dioctyl-sulfosuccinate de sodium, deux dérivés quinoléiques bromés : la broxyquinoléine et la brobenzoxaldine.

4. PHÉNANTHROLINE-QUINONES.

Des phénanthroline-quinones, seule la 4-7 phénanthroline-5-6 quinone est utilisée actuellement sous le nom d'Entobex. Selon J. CANET (1960) la posologie optimum est de 300 à 400 mg. par jour pendant 8 à 10 jours.

III. Antibiotiques d'origine fongique :

Sauf peut-être certains qui auraient une action directe sur l'amibe dysentérique, c'est avant tout par leur action sur la flore microbienne intestinale que les antibiotiques ont leur place dans la thérapeutique de l'amibiase. Pour leur utilisation, ils doivent être toujours associés à un anti-amibien spécifique.

Depuis HARGREAVES, en 1945, puis BLANC et SIGUIER, en 1946., qui ont proposé pour le traitement des formes sévères de l'amibiase la triple association « Emétine + Pénicilline + Sulfaguanidine » on peut dire que tous les antibiotiques connus ont été essayés. Certes, les résultats sont assez inégaux et finalement les antibiotiques les plus connus actuellement dans le domaine de l'amibiase sont : les tétracyclines, la spiramycine, la fumagilline, la paramomycine.

1. TÉTRACYCLINES.

Elles agissent essentiellement sur la flore microbienne et sont utilisées aux doses usuelles de 1 g. 50 à 2 g. par jour pendant 10 jours.

Le principal inconvénient est que leur tolérance n'est pas toujours satisfaisante. D'autre part, du fait de leur spectre d'action très large, elles peuvent donner lieu à des accidents

liés à la destruction massive de l'ensemble de la flore intestinale laissant la place libre à la multiplication d'un micro-organisme résistant à l'antibiotique.

2. SPIRAMYCINE.

La Spiramycine (Rovamycine) paraît être la plus intéressante et on l'utilise à la dose usuelle de 2 à 3 g. par jour pendant 10 jours.

Elle fut associée à la diphétarsonne réalisant un sel chimiquement défini, la Spiramycine-Diphétarsonne commercialisée sous le nom de Rovamycine-Diphétarsonne et employée sous forme de comprimés aux doses allant de 3 à 5 comprimés par jour pendant 10 jours consécutifs (SCHNEIDER et coll. 1957).

3. FUMAGILLINE.

C'est un des premiers antibiotiques connus comme ayant une action propre sur l'amibe dysentérique elle-même (ANDERSON et coll. 1952). Cependant, en raison de la fréquence des incidents d'intolérance (WOODRUFF. 1956) elle ne fut guère utilisée comme médicament de l'amibiase.

4. PARAMOMYCINE.

La Paramomycine (Humatin) est un antibiotique découvert en 1959. Comme la fumagilline, elle a une action directe sur l'amibe dysentérique (SHAFEL 1959 ; COURTNEY et coll. 1960). Sa posologie usuelle est de 15 à 25 mg/kg par jour pendant 5 jours.

IV. Médicaments adjuvants :

Parmi les médicaments non spécifiques, trois catégories sont souvent des adjuvants très utiles au traitement de fond de l'amibiase intestinale. Ce sont :

- les pansements intestinaux ;
- les modificateurs du pH intestinal ;
- les modificateurs de la motricité intestinale.

La place de choix doit être donnée aux pansements intestinaux et avant tout au bismuth (sous-nitrate ou silicate). Celui-ci sera utilisé pendant des périodes de 10 à 20 jours par mois, en dose unique prise le matin à jeun, variant entre 10 et 20 g. selon que le malade est diarrhéique ou constipé. Diverses asso-

ciations médicamenteuses d'ailleurs, contiennent à côté d'un anti-amibien spécifique (poudre d'ipéca ou iodoxyquinoléine) le sous-nitrate de bismuth. La plus ancienne de ces associations est la Pâte de Ravaut (1919) et les plus récentes, largement utilisées en France, sont connues sous des noms spécialisés de Rhodiacarbine et Entéro-granulés.

Les modificateurs du pH intestinal peuvent être administrés soit pendant, soit dans l'intervalle des cures de bismuth. Ils comprennent essentiellement des levures, des vitamines du groupe B, des bacilles lactiques, des suspensions de *Bacillus subtilis*, etc, etc...

Les modificateurs de la motricité intestinale enfin, sont des antispasmodiques : teinture de belladone, atropine, aminopromazine (Lispamol), J. B. 340 (Cantil)...

V. Cures hydrominérales :

Les cures hydrominérales sont un complément utile sinon indispensable du traitement dans la plupart des cas d'amibiase et surtout des cas de colite méta-amibienne ancienne. En France, deux stations sont indiquées pour ces cures : Plombières et Châtel-Guyon.

La cure de Plombières est surtout recommandée pour son action sédative dans les formes douloureuses et dans les formes où les symptômes neuro-végétatifs dominant.

La cure de Châtel-Guyon a une action remarquable sur la constipation, sur les fermentations intestinales et sur les troubles colitiques, séquelles de l'amibiase. Elle est donc recommandable comme complément du traitement des formes anciennes de l'affection. Elle présente aussi l'intérêt de constituer un test de guérison : l'eau de Châtel-Guyon réactivant l'amibiase, un examen parasitologique des selles négatifs après une cure permet de confirmer la guérison de la maladie (J. SCHNEIDER).

B. - SCHEMAS THERAPEUTIQUES

De multiples schémas thérapeutiques ont été proposés pour le traitement de l'amibiase intestinale. Les plus intéressants furent ceux de F. BLANC et F. SIGUIER, 1950 et de R. CROSNIER.

1953. Plus récemment, en 1960, H. FÉLIX et coll. proposent le schéma thérapeutique suivant :

I. Traitement d'attaque de la dysenterie :

1. Emétine : employée selon la posologie usuelle, associée en cas de fortes diarrhées au bismuth, aux opiacés et aussi aux antispasmodiques si elles s'accompagnent de douleurs.
2. Antibiotiques : utilisés seulement à partir du 5^e jour du traitement émétinien et ce seront, soit une tétracycline, soit la spiramycine.
3. Lavements médicamenteux : pratiqués dès que le syndrome douloureux rectal est levé, soit environ vers le 4^e au 6^e jour.

II. Traitement d'entretien :

Celui-ci suit immédiatement le traitement d'attaque et comporte les étapes suivantes :

1. Cure arsenicale : Diphétarsonne ou Mercapto-arsénol aux doses usuelles pendant 10 à 15 jours.
2. Ferments lactiques les 10 jours suivants.
3. Puis iodoxyquinoléines pendant 10 à 20 jours.

Après un mois de repos :

4. Deuxième cure arsenicale identique à la première.
5. Pâte de Ravaut ou Rhodiocarbine ou Entéro-Granulés.
6. Ferments lactiques pendant 10 jours.

Après deux mois de repos :

7. Iodoxyquinoléines pendant 20 jours.
8. Ferments lactiques pendant 10 jours.

Enfin, l'année suivante :

Deux cures d'arsenic, d'iodoxyquinoléine ou de Pâte de Ravaut.

Ce schéma suppose, et c'est le cas le plus fréquent, que le malade ne présente aucun trouble au cours du traitement.

Si après la première cure arsenicale des troubles subsistent le schéma doit être modifié de la manière suivante :

1. Cure arsenicale. Ferments lactiques. Iodoxyquinoléine.
2. Cure de sous-nitrate de bismuth de 20 jours à 10 g., en cas de diarrhée, 15 g. en cas de constipation. Associer l'aminopromazine s'il y a un élément douloureux de côlite spasmodique.

Après un mois de repos :

3. Deuxième cure arsenicale. Pâte de Ravaut. Ferments lactiques.
4. Deuxième cure de sous-nitrate de bismuth.
5. Puis, tous les trimestres, pendant deux ans, il faut imposer la cure de sous-nitrate de bismuth pendant trois semaines, l'aminopromazine par cure de 8 jours dès que réapparaît l'élément douloureux et les ferments lactiques au moindre épisode diarrhéique et préférer la Pâte de Ravaut aux arsenicaux et à l'iodoxy-quinoléine.

Au cours de ce traitement d'entretien H. FÉLIX propose des vérifications rectoscopiques et la persistance des lésions doit entraîner de nouveau les lavements médicamenteux, lavements dont nous reproduisons ci-dessous deux formules, celle de FÉLIX lui-même et celle de STEIGER de Strasbourg utilisée dans notre Service des Maladies Contagieuses de l'Hôpital Militaire d'Instruction du Val-de-Grâce.

1. FORMULE DE H. FÉLIX.

A utiliser par séries de douze ;

— Pénicilline	100.000 U
— Iodoxyquinoléine (Yatren)	1 c à 0 g. 10 écrasé
— Sous-nitrate de bismuth	10 g.
— Huile de foie de morue	1 c à soupe
pour	120 ml.

2. FORMULE DE STEIGER.

A utiliser par série de six.

— Direxiodé gynécologique	10 comprimés
— Vitamine A	1 ampoule
— Sérum physiologique tiède ...	40 ml.

On peut ajouter :

- Vitamine K : 1 ampoule ;
- Laudanum : 10 gouttes ;
- Un jaune d'œuf pour solubiliser.

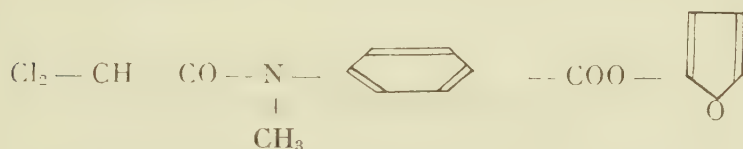
LE FUROATE D'ENTAMIDE

A. - DONNÉES PHARMACOLOGIQUES

A cette série de médicaments anti-amibiens vient s'ajouter aujourd'hui le Furoate d'Entamide.

I. Nature chimique :

Le Furoate d'Entamide (8073 C B ou Furamide) est une substance de synthèse qui répond à la formule suivante :



C'est l'ester furoïque du dichloro-acétyl-N-méthyl-anilide ou Entamide.

II. Toxicité :

1. TOXICITÉ AIGUË.

La DL 50 chez la souris, per os, est d'environ 10 g./kg.

2. TOXICITÉ CHRONIQUE.

Elle a été étudiée chez des rats qui ont reçu pendant deux semaines, par gavage, des doses quotidiennes de 50, 270 et 1350 mg/kg. Une partie des animaux ont été sacrifiés en fin d'expérience, les autres 15 jours plus tard. Par rapport aux témoins, il n'a été relevé aucune anomalie sanguine, ni altération rénale ou hépatique à l'examen macro- et microscopique.

La toxicité du Furoate d'Entamide reste donc extrêmement faible.

III. Activité anti-amibienne expérimentale :

Elle a été étudiée par WOOLFE en 1957, in vitro sur l'amibe en culture et in vivo sur l'amibiase expérimentale du rat.

1. IN VITRO.

La concentration inhibitrice du Furoate d'Entamide est de 1.10^{-8} . Elle est beaucoup plus marquée que celle de nombreux autres anti-amibiens jusqu'ici utilisés en clinique, en particulier de l'iodo-chloro-hydroxyquinoléine (1.10^{-4}) et du chlorhydrate d'émétine ($0,2.10^{-5}$).

2. IN VIVO.

La dose limite active sur le rat, exprimée en mg par kg. pendant 5 jours, du Furoate d'Entamide est de 3 à 6 mg/kg. alors qu'elle est de 3,5 mg/kg. pour le chlorhydrate d'émétine et de 150 mg/kg. pour l'iodochlorohydroxyquinoléine.

B. - ESSAIS CLINIQUES ANTERIEURS

Le Dichloroacétyl-N-méthylanilide ou Entamide fut décrit en 1956 par BRISTOW et étudié en clinique par WOODRUFF. Malgré un remarquable résultat, il fut abandonné, WOODRUFF le considère comme étant inférieur à l'E. B. I. ou iodure double d'émétine et de bismuth.

Depuis cette époque, différents sels d'Entamide ont été préparés, parmi lesquels le benzoate, le sulfate double d'Entamide et de Pipérazine et le furoate ou ester furoïque de l'Entamide. Ce dernier se révèle ensuite comme étant le moins rapidement absorbé de ces sels et de ce fait, il a une activité anti-amibienne de contact plus prolongée, en même temps qu'une meilleure tolérance générale.

A partir de 1960, de nombreux essais cliniques confirment ces propriétés du Furoate d'Entamide parmi lesquels nous retenons, par ordre chronologique, ceux de WOODRUFF et BELL, de MARSDEN, de HADDOCK et MGAYA, de HUGONOT et de FÉLIX et coll.

I. Woodruff et Bell (Londres) :

En 1960, WOODRUFF et BELL ont rapporté les résultats d'essais menés à Londres où ils ont étudié comparativement dans le traitement d'amibiases intestinales, chacun des trois sels d'Entamide administrés par voie orale, sous forme de comprimés dosés à 0 g. 50.

Cette étude conclut à la supériorité du Furoate d'Entamide. En effet, celui-ci à la dose de 20 mg/kg. par jour pendant 10 jours, a donné des résultats bien meilleurs (3,3 % de rechutes) que ceux obtenus avec des doses plus élevées du sulfate double d'Entamide et de Pipérazine (7,1 % de rechutes pour 30 mg/kg. par jour et du benzoate (13,3 % de rechutes pour 40 mg/kg. par jour).

Le Furoate d'Entamide fut bien toléré, les seules manifestations notées par WOODRUFF étant un certain degré de météorisme abdominal et des flatulences.

II. Marsden (Nigéria) :

MARSDEN, au même moment que WOODRUFF, étudie comparativement, au Nigeria, l'action du Furoate d'Entamide du sulfate double d'Entamide et de Pipérazine et de l'E. B. I.

MARSDEN enregistre aussi une supériorité nette du Furoate d'Entamide (7 échecs sur 71 cas traités, soit 10 %, dont 3 échecs sur 55 cas d'amibiase subaiguë ou chronique, soit 5,4 %), sur le sulfate double d'Entamide et de Pipérazine (14 échecs sur 58 cas traités, soit 25,4 %) et sur l'E. B. I. (4 échecs sur 21 cas traités, soit 19 %).

MARSDEN note également la parfaite tolérance du Furoate l'Entamide, à part le météorisme abdominal fréquent et quelques flatulences.

III. Haddock et Mgaya (Tanganyika) :

HADDOCK et coll., au Tanganyika, utilisaient le Furoate d'Entamide à la dose de 25 mg/kg. par jour, soit environ 3 comprimés dosés à 0 gr. 50 pour un adulte, pendant 5 jours consécutifs.

Sur 50 malades traités, HADDOCK enregistre une guérison immédiate de 90 % et, sur les 5 cas de rechutes (10 %), 4 ma-

lades ont été traités une seconde fois avec le même produit, avec succès. Par ailleurs, l'auteur note, à côté d'une amélioration clinique avec disparition de la diarrhée dès le 1^{er} jour du traitement, l'absence d'intolérance sérieuse due au médicament.

IV. Hugonot (Maroc) :

En 1961, HUGONOT à Rabat, utilisait le Furoate d'Entamide à la dose de 50 mg/kg. par jour., soit environ 6 comprimés dosés à 0 gr. 50 pour un adulte, pendant 5 jours consécutifs.

Chez 31 malades, dont 8 atteints d'amibiase intestinale à *Entamoeba histolytica*, HUGONOT enregistra 3 cas de rechutes, parmi les cas d'amibiase aiguë (soit 37 % de rechutes) et 3 cas de rechute, parmi les 23 autres cas d'amibiase subaiguë ou chronique (soit environ 13 % de rechutes).

HUGONOT conclut à l'efficacité totale du Furoate d'Entamide dans le traitement des cas de parasitisme amibien, ainsi que des formes subaiguë ou chronique de l'amibiase intestinale.

V. Félix H. et Coll. (France) :

En 1962, FÉLIX H. et coll. à Lyon utilisaient le Furoate d'Entamide à la dose de 20 mg/kg. par jour pendant 8 à 10 jours.

Chez 60 malades, dont 2 atteints d'amibiase intestinale aiguë à *Entamoeba histolytica*, FÉLIX enregistra seulement 2 échecs et ce, parmi les 58 cas d'amibiase subaiguë ou chronique (soit 3,4 %).

FÉLIX conclut également à l'efficacité totale du Furoate d'Entamide et selon l'auteur celui-ci représente certainement l'agent de déparasitage le plus efficace et le plus maniable de la pharmacopée actuelle.

C. - NOTRE EXPERIMENTATION

A partir de Juin 1961, nous avons été amenés à traiter un grand nombre de cas d'amibiase intestinale, par le Furoate d'Entamide.

A part une quinzaine de cas traités à domicile, à titre externe, une grande partie de nos malades sont hospitalisés dans le Service des Maladies Contagieuses de l'Hôpital Militaire d'Instruction du Val-de-Grâce (Professeur A. DARBON). Nous avons suivi, enfin, une autre partie traitée dans le Service de Gastro-Entérologie du Professeur agrégé A. PORTAL, qui a bien voulu nous permettre l'accès auprès de ses malades et auquel nous tenons à exprimer ici, toute notre reconnaissance.

Il s'agit à peu près tous des sujets jeunes, en moyenne âgés de 20 à 35 ans. Certains ont contracté leur amibiase intestinale en Indochine et nous les trouvons atteints de récidives ou de rechutes. D'autres, plus nombreux, ont eu un séjour récent en Afrique du Nord et y ont présenté quelques diarrhées épisodiques, sans que le diagnostic d'amibiase intestinale ait été posé ou confirmé. Ceux-ci présentent une amibiase intestinale subaiguë, avec présence d'*Entamoeba minuta* dans les selles ou bien un parasitisme amibien, avec présence de kystes d'*Entamoeba dysenteriae*.

Quoiqu'il en soit, une fois le diagnostic confirmé, tous nos malades sont mis au traitement par le Furoate d'Entamide (8073 CB ou Furamide) que nous utilisons par voie orale, sous forme de comprimés dosés à 0 g. 50, à raison de 25 mg/kg. (un comprimé par 20 kg.-poids) en deux prises quotidiennes aux repas pendant 10 jours consécutifs, soit une posologie de 3 à 4 comprimés par jour, pour un adulte.

I. — OBSERVATIONS

1. Amibiase intestinale aiguë avec *Entamæba histolytica* :

OBS. 1 : C... Lucienne, 47 ans.

Amibiase intestinale aiguë contractée en 1944 à Oran, traitée par émétine. Rechute en 1960 avec présence d'*Entamæba histolytica*, traitée de nouveau par émétine puis diphétarsone.

Vue le 27-7-61 pour diarrhée avec 5 selles glaireuses par jour et douleurs abdominales apparues depuis deux mois. A l'examen : signe de côlite droite. Examen parasitologique le 28-7-61 : formes végétatives hématophages (*histolytica*) d'*Entamæba dysenteriae*.

Le 2-8-61 : Furoate d'Entamide : 2 g./J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 4-8-61 et le 7-8-61 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

OBS. 2 : T... Louis, 37 ans.

Pas d'antécédent amibien.

Vu le 7-9-61 pour syndrome diarrhéique avec 3 à 4 selles liquides par jour, souvent glairo-sanguinolentes, accompagnées d'épreintes et de ténésme. A l'examen : corde côlique gauche. Rectoscopie : muqueuse congestionnée non ulcérée. Examen parasitologique le 11-9-61 : formes végétatives hématophages (*histolytica*) d'*Entamæba dysenteriae*.

Le 21-9-61 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 16-9-61 et le 21-9-61 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté. Transit intestinal redevenu normal au 4^e jour du traitement.

2. Amibiase intestinale subaiguë avec *Entamæba minima* :

OBS. 3 : D... Marcel, 22 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 4 mois en Algérie.

Vu le 19-9-61 pour syndrome dysentérique apparu depuis une semaine avec 6 à 10 selles glairo-sanguinolentes par jour accompagnées d'épreintes, de ténésme et de vives douleurs abdominales. A l'examen :

signes de cœlite bipolaire. Examen parasitologique le 20-9-61 : formes végétatives (minuta et tetragena) d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 23-9-61 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 26-9-61 et le 3-10-61 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté. Transit intestinal redevenu normal au 3^e jour du traitement.

Obs. 4 : T... Jean-Claude, 22 ans.

Amibiase intestinale aiguë avec *Entamoeba histolytica* contractée en Juin 1961 en Algérie et traitée par émétine.

Vu le 8-9-61 pour syndrome dysentérique apparu depuis 4 jours avec 8 à 10 selles par jour, glairo-sanguinolentes, accompagnées d'épreintes et de ténésme. A l'examen : fosse iliaque gauche douloureuse à la palpation et cæcum gargouillant. Rectoscopie : muqueuse congestionnée non ulcérée. Examen parasitologique le 11-9-61 : formes végétatives (minuta) d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 11-9-61 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 17-9-61 et le 23-9-61 : pas de parasites.

Amélioration fonctionnelle nette. Météorisme abdominal au 3^e jour, disparu après adjonction du charbon au traitement.

Obs. 5 : S... Jean, 22 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 17 mois en Algérie.

Vu le 17-7-61 pour syndrome dysentérique avec 3 à 4 selles glai-reuses par jour, accompagnées d'épreintes. A l'examen : cadre cœlique sensible à la palpation. Examen parasitologique le 21-7-61 : formes végé-tatives (minuta) d'*Entamoeba dysenteriae* et Kystes de lamblia.

Le 23-7-61 : Furoate d'Entamide : 2 g./J. $\times$ 10 J.

Métronidazole : 0 g. 50/J. $\times$ 7 J.

Examens de contrôle le 27-7-61 et le 31-7-61 : pas de parasites.

Météorisme abdominal au 3^e jour, disparu après adjonction du charbon au traitement.

Obs. 6 : K... Jean, 23 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 6 mois en Algérie.

Vu le 25-1-62 pour syndrome dysentérique avec 2 à 3 selles glai-ro-sanguinolentes par jour et vives douleurs abdominales, apparues depuis une semaine. A l'examen : signe de cœlite bipolaire. Examen parasitolo-gique le 25-1-62 : formes végétatives (minuta) d'*Entamoeba dysenteriae* et formes végétatives de lamblia.

Le 28-1-62 : Furoate d'Entamide : 2 g./J. $\times$ 10 J.

Métronidazole : 0 g. 50/J. $\times$ 7 J.

Examens de contrôle le 5-2-62 et 7-2-62 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté. Transit intestinal redevenu normal au 4^e jour du traitement.

Obs. 7 : A... Alain, 25 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 6 mois en Algérie.

Vu le 28-8-61 pour syndrome dysentérique avec 3 à 5 selles glai-reuses par jour accompagnées d'épreintes et de ténésme. L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 28-8-61 : formes végéta-tives (*minuta*) et Kystes d'*Entamoeba dysenteriae* + formes végétatives de *Iamblia* + *Pseudolimax bütschlii*.

Le 31-8-61 : Furoate d'Entamide : 2 g./J. $\times$ 10 J.

Métronidazole : 0 g. 50/J. $\times$ 7 J.

Examens de contrôle le 1-9-61 et le 6-9-61 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

Obs. 8 : M... Jean, 22 ans.

M... Jean, 22 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 24 mois en Algérie où il a présenté de nombreux épisodes diarrhéiques.

Vu le 15-3-62 pour syndrome diarrhéique avec 2 à 3 selles liquides par jour. A l'examen : signes de colite bipolaire. Examen parasitolo-gique le 19-3-62 : formes végétatives (*minuta*) et Kystes d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 20-3-62 : Furoate d'Entamide : 2 g./J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 29-3-62 et le 2-4-62 : pas de parasites.

Météorisme abdominal à partir du 3^e jour, disparu après adjonction du charbon au traitement.

Obs. 9 : H... Maurice, 41 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour en 1952 en Indochine où il a pré-senté un syndrome dysentérique et depuis, apparaissent tous les 2 ou 3 mois un épisode diarrhéique avec selles parfois glairo-sanguinolentes.

Vu le 24-6-61 pour nouvel épisode diarrhéique. A l'examen : signes de colite bipolaire. Examen parasitologique le 27-6-61 : formes végéta-tives (*minuta*) d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 28-6-61 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50 $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 4-7-61 et le 7-7-61 : pas de parasites.

Léger météorisme abdominal au 3^e jour du traitement.

Obs. 10 : G... Jean-Louis, 26 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 7 mois en Algérie.

Vu le 9-6-61 pour syndrome diarrhéique apparu depuis deux mois avec 3 à 5 selles par jour. A l'examen : signes de colite bipolaire. Exa-men parasitologique le 4-7-61 : formes végétatives (*minuta*) d'*Entamoeba dysenteriae* et *Trichomonas*.

Le 6-7-61 : Furoate d'Entamide : 2 g./J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 10-7-61 et le 17-7-61 : pas de parasites.

Météorisme abdominal au 3^e jour du traitement.

Revu le 24-8-61 avec nouvel examen de contrôle négatif.

OBS. 11 : F... Jean-Paul, 26 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 12 mois en Algérie.

Vu le 27-7-61 pour syndrome diarrhéique avec 2 à 4 selles par jour. A l'examen : cadre côlique douloureux dans son ensemble à la palpation. Rectoscopie : muqueuse congestive sans ulcération. Examen parasitologique le 31-7-61 : formes végétatives (*minuta*) et Kystes d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 3-8-61 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 22-9-61 et le 12-10-61 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté. Amélioration clinique rapide.

OBS. 12 : G... Bernard, 22 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 17 mois en Algérie.

Vu le 13-11-61 pour syndrome diarrhéique apparu depuis quatre jours avec 7 à 8 selles liquides par jour, accompagnées de vives douleurs abdominales. A l'examen : cadre côlique douloureux dans son ensemble à la palpation. Examen parasitologique le 16-11-61 : formes végétatives (*minuta*) et Kystes d'*Entamoeba dysenteriae* + formes végétatives de *Trichomonas*.

Le 23-11-61 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 27-11-61 et le 29-11-61 : pas de parasites.

Transit intestinal redevenu normal à partir du 6^e jour.

Revu le 13-3-62 avec nouvel examen de contrôle négatif.

OBS. 13 : L... Jean, 21 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 20 mois en Algérie.

Vu le 15-9-61 pour persistance du syndrome diarrhéique avec 3 selles liquides par jour, depuis son retour d'Algérie en Avril 1961. Par ailleurs, asthénie et dystonie neuro-végétative. Etat général médiocre. A l'examen : cadre côlique douloureux, sigmoïde spasme et sensible. Examen parasitologique le 16-9-61 : formes végétatives (*minuta*) d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 20-9-61 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 25-9-61 et le 30-9-61 : pas de parasites.

Amélioration clinique. Transit intestinal redevenu normal au 5^e jour. Traitement très bien supporté.

OBS. 14 : R... Jean, 24 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 12 mois en Algérie.

Vu le 13-11-61 pour syndrome diarrhéique apparu depuis une semaine avec 2 à 3 selles liquides par jour. A l'examen : corde côlique gauche, sigmoïde spasme et douloureux. Examen parasitologique le 17-11-61 : formes végétatives (*minuta*) d'*Entamoeba dysenteriae* et formes végétatives de *lamblia*.

Le 20-11-61 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Métronidazole : 0 g. 50/J. $\times$ 7 J.

Examens de contrôle le 23-11-61 et le 30-11-61 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

Obs. 15 : S... Jean-Claude, 22 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 12 mois en Algérie.

Vu le 30-8-61 pour syndrome diarrhéique apparu depuis 4 jours avec 4 à 5 selles par jour, souvent glaireuses. A l'examen : cæcum spasmé et gargouillant. Examen parasitologique le 31-8-61 : formes végétatives (minuta) d'*Entamoeba dysenteriae* - formes végétatives de *lamblia* et de *Chilomastix*.

Le 5-9-61 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Métronidazole : 0 g. 50/J. $\times$ 7 J.

Examens de contrôle le 13-9-61 et le 15-9-61 : pas de parasites.

Transit intestinal redevenu normal le 5^e jour. Traitement très bien supporté.

Obs. 16 : B... Michel, 26 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 12 mois en Algérie.

Vu le 20-11-61 pour syndrome diarrhéique apparu depuis cinq jours avec 2 à 3 selles par jour et dyspepsie hypersthénique. A l'examen : cæcum spasmé et douloureux. Examen parasitologique le 27-11-61 : formes végétatives (minuta) d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 28-11-61 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 2-12-61 et le 9-12-61 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

Revu le 28-12-61 avec nouvel examen de contrôle négatif.

Obs. 17 : V... Michel, 31 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 9 mois en Algérie.

Vu le 24-9-61 pour syndrome diarrhéique avec 2 à 3 selles par jour et endolorissement abdominal. A l'examen : cæcum spasmé et douloureux. Examen parasitologique le 25-9-61 : formes végétatives (minuta) d'*Entamoeba dysenteriae* et Kystes de *lamblia*.

Le 28-9-61 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Métronidazole : 0 g. 50/J. $\times$ 7 J.

Examens de contrôle le 3-10-61 et le 9-10-61 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

Revu le 9-11-61 avec nouvel examen de contrôle négatif.

OBS. 18 : Gr... Bernard, 36 ans.

Amibiase intestinale contractée en Indochine en 1954. Rechute en 1956.

Vu le 21-6-61 pour diarrhées et selles matinales impérieuses survenant après un séjour en Algérie. L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 22-6-61 : formes végétatives (minuta) d'*Entamoeba dysenteriae* et formes végétatives de *lamblia*.

Le 23-6-61 : Furoate d'Entamide : 2 g. /J. $\times$ 10 J.

Métronidazole : 0 g. 50/J. $\times$ 7 J.

Traitement à titre externe.

Examens de contrôle le 2-7-61 et le 22-7-61 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

OBS. 19 : P... Michel, 24 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 20 mois en Algérie où il a présenté un épisode dysentérique.

Vu le 11-7-61 pour syndrome diarrhéique apparu depuis une semaine avec 3 à 4 selles par jour. L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 12-7-61 : formes végétatives (minuta) d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 17-7-61 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 22-7-61 et le 27-7-61 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté. Transit intestinal redevenu normal à partir du 3^e jour du traitement.

OBS. 20 : C... Théodore, 23 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 8 mois en Algérie.

Vu le 16-7-61 pour syndrome diarrhéique avec 5 à 6 selles glai-reuses par jour et douleurs abdominales diffuses. L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 17-7-61 : formes végétatives (minuta) et Kystes d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 31-7-61 : Furoate d'Entamide : 2 g./J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 4-8-61 et le 10-8-61 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

OBS. 21 : C... Gérard, 23 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 14 mois en Algérie.

Vu le 24-7-61 pour syndrome diarrhéique avec 3 selles liquides par jour et douleurs abdominales. L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 25-7-61 : formes végétatives (minuta) d'*Entamoeba dysenteriae* et Kystes de *lamblia*.

Le 1-8-61 : Furoate d'Entamide : 2 g. /J. $\times$ 10 J.

Métronidazole : 0 g. 50/J. $\times$ 7 J.

Examens de contrôle le 9-8-61 et le 11-8-61 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

OBS. 22 : C... Jean, 21 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 4 mois en Algérie.

Vu le 14-9-61 pour syndrome diarrhéique apparu depuis un mois avec 3 à 4 selles par jour. L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 21-9-61 : formes végétatives (*minuta*) et Kystes d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 22-9-61 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Traitement à titre externe.

Examens de contrôle le 26-9-61 et le 9-10-61 : pas de parasites.

Météorisme abdominal à partir du 3^e jour du traitement.

OBS. 23 : A... Jean-Pierre, 24 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 19 mois en Algérie.

Présente au cours de son hospitalisation pour hépatite ictérigène des selles diarrhéiques et de vives douleurs abdominales. L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 20-1-62 : formes végétatives (*minuta*) d'*Entamoeba dysenteriae* et Kystes de *lamblia*.

Le 23-1-62 : Furoate d'Entamide : 2 g. /J. $\times$ 10 J.

Métronidazole : 0 g. 50/J. $\times$ 7 J.

Examens de contrôle le 30-1-62 et le 1-2-62 : pas de parasites.

Traitement bien supporté.

OBS. 24 : C... Jean-Pierre, 21 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 13 mois en Algérie.

Vu le 11-1-62 pour syndrome diarrhéique apparu depuis cinq jours avec 2 à 3 selles liquides par jour. L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 12-1-62 : formes végétatives (*minuta*) d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 13-1-62 : Furoate d'Entamide : 2 g./J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 23-1-62 et le 25-1-62 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

OBS. 25 : L... Monique, 26 ans.

Pas d'antécédent amibien.

Vue le 23-1-62 pour syndrome diarrhéique apparu depuis une semaine avec 5 à 6 selles par jour, liquides, parfois glairo-sanguinolentes. L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 16-1-62 : formes végétatives (*minuta* et *tetragena*) d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 26-1-62 : Furoate d'Entamide : 2 g./J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 29-1-62 et le 1-2-62 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté. Transit intestinal redevenu normal à partir du 6^e jour du traitement.

OBS. 26 : U... Louis, 21 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 11 mois en Algérie.

Vu le 27-3-62 pour syndrome diarrhéique avec 3 selles par jour et asthénie. L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 28-3-62 : formes végétatives (minuta) d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 30-3-62 : Furoate d'Entamide : 2 g./J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 6-4-62 et le 9-4-62 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

OBS. 27 : L... Jean, 47 ans.

Amibiase intestinale contractée en Indochine en 1947 avec rechutes en 1952 et 1953, traitée par émétine.

Vu le 11-5-62 pour syndrome diarrhéique apparu depuis quatre jours avec 3 à 4 selles par jour. L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 11-5-62 : formes végétatives (minuta) d'*Entamoeba dysenteriae* et larves d'*Anguillules*.

Le 22-5-62 : Furoate d'Entamide : 2 g./J. $\times$ 10 J.

Examen de contrôle le 28-5-62 : larves d'*anguillules* ; pas d'amibes.

Traitement très bien supporté. Transit intestinal redevenu normal au 5^e jour du traitement.

OBS. 28 : L... André, 27 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 19 mois en Algérie où il a présenté un syndrome dysentérique prolongé.

Vu le 29-6-61 pour alternance de diarrhée et de constipation datant depuis plusieurs mois et douleurs diffuses à la fosse iliaque gauche. A l'examen : signes de côlite bipolaire. Rectoscopie : muqueuse congestive jusqu'à 20 cm. Examen parasitologique le 6-7-61 : formes végétatives (minuta) d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 7-7-61 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 11-7-61 et le 2-8-61 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

Revu le 14-9-61 avec nouvel examen de contrôle négatif.

OBS. 29 : M... Magdeleine, 50 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour de 12 ans en Indochine et de 6 ans en Algérie.

Vue le 6-9-61 pour alternance de diarrhée et de constipation depuis de nombreuses années et dyspepsies hypersthéniques. A l'examen : corde côlique gauche et gros cæcum turgescent et sensible. Examen parasitologique le 11-9-61 : formes végétatives (minuta) d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 12-9-61 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 16-9-61 et le 23-9-61 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté. Amélioration fonctionnelle nette.

Obs. 30 : D... Guy, 22 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de huit mois en Algérie.

Vu le 27-11-61 pour alternance de diarrhée et de constipation depuis plusieurs mois et actuellement période diarrhéique avec 4 à 5 selles liquides par jour. A l'examen : corde côlique droite. Examen parasitologique le 29-11-61 : formes végétatives (minuta) d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 2-12-61 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 7-12-61 et le 11-12-61 : pas de parasites.

Météorisme abdominal au 4^e jour du traitement disparu après adjonction de l'aminopromazine.

Obs. 31 : B... Jean-Marie, 33 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 9 mois en Algérie.

Vu le 16-3-62 pour alternance de diarrhée et de constipation depuis plusieurs mois et douleurs dans la fosse iliaque droite. A l'examen : signe de côlite droite. Examen parasitologique le 17-3-62 : formes végétatives (minuta) et Kystes d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 18-3-62 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 25-3-62 et le 27-3-62 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

Obs. 32 : S... Gaston, 40 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour en 1953-1954 en Indochine et en 1960 à Reggane.

Vu le 4-7-61 pour alternance de diarrhée et de constipation depuis six mois. Par ailleurs, gastralgies et troubles dystoniques avec nervosisme et sueurs fréquentes. A l'examen : caecum turgescent et gargouillant. Examen parasitologique le 11-7-61 : formes végétatives (minuta) d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 12-7-61 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 17-7-61 et le 28-7-61 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

Obs. 33 : G... Jacques, 25 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 27 mois en Algérie.

Vu le 9-6-61 pour alternance de diarrhée et de constipation depuis plusieurs mois. L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 12-6-61 : formes végétatives (minuta) d'*Entamoeba dysenteriae* et *Pseudolimax büstschlii*.

Le 22-6-61 : Furoate d'Entamide : 2 g./J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 2-12-61 et le 9-12-61 : pas de parasites.

Météorisme abdominal à partir du 3^e jour, disparu après adjonction du charbon végétal au traitement.

OBS. 34 : G... Louis, 37 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 12 mois en Algérie.

Vu le 13-6-61 pour alternance de diarrhée et de constipation depuis quatre mois et météorisme abdominal post-prandial. L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 14-6-61 : formes végétatives (*minuta*) d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 16-6-61 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 21-6-61 et le 26-6-61 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

OBS. 35 : F... Marcel, 49 ans.

Amibiase intestinale contractée en 1945 en Algérie et traitée par émétine.

Vu le 19-10-61 pour alternance de diarrhée et de constipation depuis quelques mois. L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 23-10-61 : formes végétatives (*minuta*) d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 24-10-61 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Traitement à titre externe.

Examens de contrôle le 6-11-61 et le 11-12-61 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

OBS. 36 : M... Robert, 26 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 12 mois au Moyen-Orient et en Algérie.

Vu le 11-1-62 pour alternance de diarrhée et de constipation depuis plusieurs années avec actuellement constipation et ténésme rectal. L'examen clinique est négatif. Rectoscopie : muqueuse congestive avec aspect de colite atrophique chronique. Examen parasitologique le 16-1-62 : formes végétatives (*minuta*) d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 24-1-62 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 30-1-62 et le 2-2-62 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

Revu le 8-3-62 avec nouvel examen de contrôle négatif.

OBS. 37 : D... Pierre, 39 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjours en Indochine, au Sénégal et récemment en Algérie.

Vu le 30-5-61 pour alternance de diarrhée et de constipation depuis un an et asthénie. L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 13-6-61 : formes végétatives (*minuta*) d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 15-6-61 : Furoate d'Entamide : 2 g./J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 20-6-61 et le 25-6-61 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

OBS. 38 : M... André, 22 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 14 mois en Algérie.

Vu le 3-2-62 pour alternance de diarrhée et de constipation depuis un an et asthénie. L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 4-2-62 : formes végétatives (minuta) d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 5-2-62 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 15-2-62 et le 17-2-62 : pas de parasites.
Traitement très bien supporté.

OBS. 39 : L... Pierre, 24 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 8 mois en Algérie.

Vu le 17-5-62 pour alternance de diarrhée et de constipation depuis plusieurs mois avec actuellement période diarrhéique avec 3 à 4 selles par jour. L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 18-5-62 : formes végétatives (minuta) d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 20-5-62 : Furoate d'Entamide : 2 g./J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 29-5-62 et le 1-6-62 : pas de parasites.
Traitement très bien supporté.

OBS. 40 : M... Josane, 38 ans.

Amibiase intestinale contractée en 1950 en Indochine et traitée par émétine.

Vue le 19-6-61 pour constipation opiniâtre avec souvent débâcles diarrhéiques violentes et de courte durée. Par ailleurs, palpitations et angoisses fréquentes. A l'examen : corde colique gauche. Examen parasitologique le 19-6-61 : formes végétatives (minuta) d'*Entamoeba dysenteriae* et formes végétatives de *lamblia*.

Le 20-6-61 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Métronidazole : 0 g. 50/J. $\times$ 7 J.

Examens de contrôle le 29-6-61 et le 20-7-61 : pas de parasites.
Traitement très bien supporté.

OBS. 41 : D... Bernard, 23 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 6 mois en Algérie.

Vu le 30-6-61 pour crises diarrhéiques sur un fond permanent de constipation. A l'examen : corde colique gauche. Examen parasitologique le 1-7-61 : formes végétatives (minuta) et Kystes d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 3-7-61 : Furoate d'Entamide : 1 gr. 50/J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 8-7-61 et le 17-7-61 : pas de parasites.
Traitement très bien supporté.

OBS. 42 : L... René, 24 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 20 mois en Algérie.

Vu le 5-10-61 pour crises diarrhéiques répétées sur un fond permanent de constipation. L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 5-10-61 : formes végétatives (minuta) d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 6-10-61 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Traitement à titre externe.

Examens de contrôle le 11-10-61 et le 18-10-61 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

Revu le 10-12-61 avec nouvel examen de contrôle négatif.

OBS. 43 : D... Claude, 24 ans.

Amibiase intestinale contractée en Août 1961 à Bizerte et traitée par émétine puis diphétarsonne.

Vu le 23-10-61 pour crises diarrhéiques fréquentes sur un fond permanent de constipation. L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 24-10-61 : formes végétatives (minuta) d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 3-11-61 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 9-11-61 et le 14-11-61 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

OBS. 44 : P... Joseph, 24 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 3 ans en Algérie.

Vu le 12-9-61 pour syndrome douloureux abdominal diffus et asthénie. A l'examen : corde côlique gauche. Examen parasitologique le 13-9-61 : formes végétatives (minuta) d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 14-9-61 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 22-9-61 et le 25-9-61 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

OBS. 45 : R... Girard-Lucien, 47 ans.

Hépatite amibienne en 1948 en Indochine et nombreux épisodes de dysenterie traités par émétine.

Vu le 20-2-62 pour syndrome douloureux abdominal persistant depuis plusieurs jours et asthénie avec flatulence post-prandiale. A l'examen : corde côlique gauche. Examen parasitologique le 21-2-62 : formes végétatives (minuta) d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 26-2-62 : Furoate d'Entamide : 2 g./J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 6-3-62 et le 8-3-62 : pas de parasites.

Météorisme abdominal à partir du 3^e jour du traitement disparu après adjonction du charbon végétal.

Obs. 46 : L... Alfred, 41 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 2 ans en Algérie.

Vu le 20-6-61 pour syndrome douloureux abdominal diffus et altération de l'état général. A l'examen : sigmoïde spasmé et douloureux. Examen parasitologique le 21-6-61 : formes végétatives (minuta) d'*Entamoeba dysenteriae* et Kystes de *lamblia*.

Le 29-6-61 : Furoate d'Entamide : 2 g. /J. $\times$ 10 J.

Métronidazole : 0 g. 50/J. $\times$ 7 J.

Examens de contrôle le 5-7-61 et le 10-7-61 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

Revu le 10-10-61 avec nouvel examen de contrôle négatif.

Obs. 47 : B... Philippe, 29 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 6 mois en Algérie.

Vu le 26-11-61 pour syndrome douloureux abdominal diffus et selles irrégulières. L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 27-11-61 : formes végétatives (minuta) d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 28-11-61 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 30-11-61 et le 4-12-61 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

Obs. 48 : G... Serge, 28 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 8 mois en Algérie.

Vu le 28-12-61 pour syndrome douloureux abdominal diffus et asthénie. L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 28-12-61 : formes végétatives (minuta) d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 29-12-61 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Traitement à titre externe.

Examens de contrôle le 10-1-62 et le 19-1-62 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

Obs. 49 : S... Gilbert, 24 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 26 mois en Algérie où il a présenté de nombreux épisodes diarrhéiques.

Vu le 11-9-61 pour gastralgies et dyspepsies de type hypersthénique apparues depuis 3 mois. Par ailleurs, asthénie et amaigrissement important. A l'examen : corde cœlique gauche. Radiographie : signe de gastro-duodénite mais pas d'image de lésions organiques. Examen parasitologique le 11-9-61 : formes végétatives (minuta) d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 12-9-61 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 18-9-61 et le 22-9-61 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté avec amélioration fonctionnelle nette.

OBS. 50 : M... Jean-Pierre, 21 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de neuf mois en Algérie.

Vu le 9-10-61 pour gastralgies et dyspepsies de type hypersthénique apparues depuis plusieurs mois. L'examen clinique est négatif. Radiographie : signe de gastro-bulbo-duodénite mais pas d'image de lésions organiques. Examen parasitologique le 16-10-61 : formes végétatives (minuta) d'*Entamoeba dysenteriae* et Kystes de *lamblia*.

Le 18-10-61 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Métronidazole : 0 g. 50/J. $\times$ 7 J.

Examens de contrôle le 23-10-61 et le 28-10-61 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

OBS. 51 : L... Jean-Claude, 25 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 11 mois en Algérie.

Vu le 6-11-61 pour dyspepsie hyposthénique et endolorissement abdominal permanent. A l'examen : cadre cœlique sensible. Examen parasitologique le 6-11-61 : formes végétatives (minuta) d'*Entamoeba dysenteriae* et *Pseudolimax büstschlii*.

Le 7-11-61 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 10-11-61 et le 16-11-61 : pas de parasites.

Météorisme abdominal au 6^e jour du traitement.

Revu le 26-2-62 avec nouvel examen de contrôle négatif.

OBS. 52 : D... Raymond, 41 ans.

Amibiase intestinale contractée en 1953 avec multiples rechutes et plusieurs cures complètes d'émétine.

Vu le 15-11-61 pour altération de l'état général avec asthénie totale et troubles neurovégétatifs importants. L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 17-11-61 : formes végétatives (minuta) d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 21-11-61 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 25-11-61 et le 30-11-61 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

OBS. 53 : M... Louis, 37 ans.

Amibiase contractée en Indochine en 1945. Nombreuses rechutes dont une hépatite en 1950 et la dernière dysenterie confirmée remonte à Juin 1961. A reçu 18 cures complètes d'émétine.

Vu le 12-1-62 pour atteinte de l'état général avec asthénie et précordialgies. L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 17-1-62 : formes végétatives (minuta) d'*Entamoeba dysenteriae* et larves d'*Anguillule*.

Le 19-1-62 : Furoate d'Entamide : 2 g./J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 26-1-62 et le 29-1-62 : pas d'amibes.

Traitement très bien supporté.

OBS. 54 : B... Marcel, 22 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 12 mois en Algérie.

Vu le 30-6-61 pour rectorragie depuis un mois et selles pâteuses irrégulières. A l'examen : anite hémorroïdaire. Rectoscopie : muqueuse normale. Examen parasitologique le 4-7-61 : formes végétatives (minuta) d'*Entamoeba dysenteriae* et œufs d'*ascaris*.

Le 5-7-61 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 14-7-61 et le 18-7-61 : pas d'amibes.

Traitement très bien supporté.

OBS. 55 : T... Pierre, 21 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 7 mois en Algérie.

Vu le 10-6-61 pour ténasis. L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 9-10-61 : formes végétatives (minuta) d'*Entamoeba dysenteriae* + anneaux et œufs de *tænia saginata*.

Le 20-10-61 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 26-10-61 et le 30-10-61 : pas d'amibes.

Traitement très bien supporté.

OBS. 56 : D... Claude, 33 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour de 1949 à 1953 en Indochine.

Vu le 1-12-61 pour dépistage systématique d'une parasitose intestinale. L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 1-12-61 : formes végétatives (minuta) et Kystes d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 7-12-61 : Furoate d'Entamide : 2 g./J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 13-12-61 et le 15-12-61 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

3. Amibiase intestinale chronique avec Kystes d'*Entamoeba dysenteriae* :

OBS. 57 : L... Roger, 22 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 14 mois en Algérie.

Vu le 23-8-61 pour syndrome dysentérique apparu depuis 4 jours avec 5 à 6 selles glairo-sanguinolentes par jour et ténésme. A l'examen : signe de côlite bipolaire. Examen parasitologique le 24-8-61 : Kystes d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 25-8-61 : Furoate d'Entamide : 2 g./J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 4-9-61 et le 5-9-61 : pas de parasites.

Météorisme abdominal à partir du 3^e jour et transit intestinal redevenu normal au 4^e jour du traitement.

OBS. 58 : B... Jean, 29 ans.

Amibiase intestinale contractée en 1951 en Indochine et rechutes en 1952 et 1957, traitées par émétine.

Vu le 25-9-61 pour syndrome dysentérique apparu depuis 3 jours avec 6 à 8 selles glairo-sanguinolentes par jour et ténésme. L'examen clinique est négatif. Rectoscopie : muqueuse dépolie avec quelques pétéchies, mais pas d'ulcérations. Examen parasitologique le 28-9-61 : Kystes d'*Entamoeba dysenteriae* et Kystes de *lamblia*.

Le 29-9-61 : Furoate d'Entamide : 2 g. /J. $\times$ 10 J.

Métronidazole : 0 g. 50/J. $\times$ 7 J.

Examens de contrôle le 4-10-61 et le 6-10-61 : pas de parasites.

Rectoscopie de contrôle le 10-10-61 : muqueuse normale.

Traitement très bien supporté. Transit intestinal redevenu normal à partir du 5^e jour du traitement.

OBS. 59 : M... Pierre, 22 ans.

Amibiase intestinale aiguë contractée en Juin 1961 en Algérie et traitée par émétine.

Vu le 5-9-61 pour syndrome diarrhéique avec 5 à 6 selles glaireuses par jour et vives douleurs abdominales. A l'examen : corde côlique gauche. Rectoscopie : muqueuse congestive rouge. Examen parasitologique le 11-9-61 : Kystes d'*Entamoeba dysenteriae* et Kystes de *lamblia*.

Le 13-9-61 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Métronidazole : 0 g. 50/J. $\times$ 7 J.

Examens de contrôle le 18-9-61 et le 23-9-61 : pas de parasites.

Météorisme abdominal au 3^e jour du traitement et amélioration fonctionnelle rapide avec transit intestinal normal au 5^e jour.

OBS. 60 : V... Norbert, 21 ans.

Amibiase intestinale aiguë contractée en Juin 1961 en Algérie et traitée par émétine.

Vu le 21-9-61 pour syndrome diarrhéique apparu depuis 10 jours avec 4 à 5 selles par jour. A l'examen : corde côlique gauche. Rectoscopie : muqueuse congestive non ulcérée. Examen parasitologique le 20-9-61 : Kystes d'*Entamoeba dysenteriae* et Kystes de *lamblia*.

Le 21-9-61 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Métronidazole : 0 g. 50/J. $\times$ 7 J.

Examens de contrôle le 27-9-61 et le 1-10-61 : pas de parasites.

Traitement bien supporté. Transit intestinal redevenu normal à partir du 4^e jour.

OBS. 61 : C... André, 20 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour de 1941 à 1948 au Maroc.

Vu le 29-1-62 pour syndrome diarrhéique avec 4 à 5 selles souvent glairo-sanguinolentes par jour et endolorissement abdominal permanent.

A l'examen : corde cœlique gauche. Examen parasitologique le 29-1-62 : Kystes d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 1-2-62 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Traitement à titre externe.

Examens de contrôle le 20-2-62 et le 28-3-62 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté. Transit intestinal redevenu normal à partir du 5^e jour du traitement.

OBS. 62 : M... Marcel, 41 ans.

Amibiase intestinale aiguë contractée en 1960 en Algérie et traitée par émétine.

Vu le 10-7-61 pour syndrome diarrhéique trainant depuis plusieurs mois avec 2 selles matinales, liquides par jour et dystonie neuro-végétative importante. A l'examen : cæcum turgescent et sensible. Examen parasitologique le 12-7-61 : Kystes d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 17-7-61 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 22-7-61 et le 29-7-61 : pas de parasites.

Météorisme abdominal à partir du 3^e jour, disparu après adjonction du charbon végétal au traitement.

OBS. 63 : T... Pierre, 21 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 4 mois en Algérie.

Vu le 4-12-61 pour syndrome diarrhéique apparu depuis 2 jours avec 7 à 9 selles par jour. A l'examen : cæcum gargouillant et sensible. Examen parasitologique le 2-12-61 : Kystes d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 5-12-61 : Furoate d'Entamide : 2 g./J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 13-12-61 et le 15-12-61 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté. Transit intestinal redevenu normal à partir du 6^e jour du traitement.

OBS. 64 : D... Hubert, 36 ans.

Hépatite amibienne en 1958 et traitée médicalement.

Vu le 10-7-61 pour diarrhée persistante depuis 15 jours et douleurs abdominales diffuses. L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 12-7-61 : Kystes d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 17-7-61 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 27-7-61 et le 3-8-61 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

OBS. 65 : N... Claude, 22 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 8 mois en Algérie.

Vu le 5-9-61 pour syndrome diarrhéique avec 2 à 3 selles par jour.

L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 5-9-61 : Kystes d'Entamœba dysenteriae.

Le 20-9-61 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 2-10-61 et le 4-10-61 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

OBS. 66 : L... René, 34 ans.

Amibiase intestinale contractée en 1948 en Indochine et 5 rechutes, traitées par 6 cures complètes d'émétine.

Vu le 11-10-61 pour syndrome diarrhéique et douleurs abdominales diffuses. L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 12-10-61 : Kystes d'Entamœba dysenteriae.

Le 30-10-61 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Traitement à titre externe.

Examens de contrôle le 29-11-61 et le 15-12-61 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

OBS. 67 : R... Roger, 23 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 18 mois en Algérie.

Vu le 20-11-61 pour diarrhée persistante depuis plusieurs jours avec 2 à 3 selles liquides par jour. L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 20-11-61 : Kystes d'Entamœba dysenteriae.

Le 21-11-61 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Traitement à titre externe.

Examens de contrôle le 1-12-61 et le 17-12-61 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

Revu le 6-2-62 avec nouvel examen de contrôle négatif.

OBS. 68 : C... Jacques, 24 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 12 mois en Algérie.

Vu le 23-11-61 pour syndrome diarrhéique apparu depuis 4 jours avec 3 selles liquides par jour. L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 28-11-61 : Kystes d'Entamœba dysenteriae.

Le 29-11-61 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 4-12-61 et le 7-12-61 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

OBS. 69 : B... Jacques, 20 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 2 mois en Algérie où il a présenté un épisode dysentérique.

Vu le 7-1-62 pour syndrome diarrhéique apparu depuis 3 jours avec 4 à 5 selles liquides par jour et douleurs abdominales diffuses. L'examen

clinique est négatif. Examen parasitologique le 8-1-62 : Kystes d'Entamœba dysenteriae et chilomastix.

Le 9-1-62 : Furoate d'Entamide : 2 g./J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 15-1-62 et le 19-1-62 : pas d'amibes.

Traitement très bien supporté. Transit intestinal redevenu normal au 6^e jour du traitement.

OBS. 70 : V... Pierre, 23 ans.

Amibiase intestinale contractée en Août 1961 au Sénégal, traitée par émétine.

Vu le 20-1-62 pour syndrome diarrhéique avec 2 à 3 selles liquides par jour et douleurs abdominales. L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 23-1-62 : Kystes d'Entamœba dysenteriae et Kystes de lamblia.

Le 24-1-62 : Furoate d'Entamide : 2 g. /J. $\times$ 10 J.

Métronidazole : 0 g. 50/J. $\times$ 7 J.

Examens de contrôle le 28-1-62 et le 30-1-62 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté. Transit intestinal redevenu normal à partir du 3^e jour du traitement.

OBS. 71 : D... Jean, 23 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 3 mois en Algérie.

Vu le 24-1-62 pour crises diarrhéiques répétées depuis son retour d'Algérie avec 4 à 5 selles liquides par jour. L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 26-1-62 : Kystes d'Entamœba dysenteriae et Kystes de lamblia.

Le 30-1-62 : Furoate d'Entamide : 2 g. /J. $\times$ 10 J.

Métronidazole : 0 g. 50/J. $\times$ 7 J.

Examens de contrôle le 5-2-62 et le 9-2-62 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

OBS. 72 : B... Louis, 36 ans.

Amibiase intestinale contractée en 1954 en Indochine avec rechutes en 1955 et 1958, traitées par émétine.

Vu le 27-6-61 pour alternance de diarrhée et de constipation depuis plusieurs mois et endolorissement abdominal. A l'examen : corde côlique gauche. Examen parasitologique le 1-7-61 : Kystes d'Entamœba dysenteriae.

Le 3-7-61 : Furoate d'Entamide : 2 g./J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 10-7-61 et le 12-7-61 : pas de parasites.

Météorisme abdominal au 3^e jour, disparu après adjonction du charbon au traitement.

OBS. 73 : G... Jean, 31 ans.

Amibiase intestinale contractée en 1959 en Algérie et traitée par émétine.

Vu le 12-3-62 pour constipation opiniâtre et douleurs para-ombili-cales. A l'examen : corde côlique gauche avec cæcum spasme et sensible. Examen parasitologique le 14-3-62 : Kystes d'*Entamœba dysenteriae*.

Le 15-3-62 : Furoate d'Entamide : 1 g.50/J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 23-3-62 et le 25-3-62 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

OBS. 74 : F... François, 26 ans.

Pas d'antécédent amibien.

Vu le 21-5-62 pour constipation opiniâtre épisodique depuis plusieurs années. A l'examen : corde côlique gauche. Examen parasitologique le 2-6-62 : Kystes d'*Entamœba dysenteriae*.

Le 6-6-62 : Furoate d'Entamide : 2 g./J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 14-6-62 et le 16-6-62 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

OBS. 75 : F... Jacques, 23 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 11 mois en Algérie.

Vu le 9-1-62 pour constipation avec douleurs épigastriques et nausées. A l'examen : corde côlique gauche. Examen parasitologique le 10-1-62 : Kystes d'*Entamœba dysenteriae* et Kystes de *lamblia*.

Le 14-1-62 : Furoate d'Entamide : 2 g. /J. $\times$ 10 J.

Métronidazole : 0 g. 50/J. $\times$ 7 J.

Examens de contrôle le 16-1-62 et le 22-1-62 : pas de parasites.

Léger météorisme abdominal au 3^e jour du traitement.

OBS. 76 : T... Raymond, 20 ans.

Pas d'antécédent amibien.

Vu le 8-5-62 pour syndrome douloureux de la fosse iliaque gauche. A l'examen : corde côlique gauche. Examen parasitologique le 9-5-62 : Kystes d'*Entamœba dysenteriae* et Kystes de *lamblia*.

Le 11-5-62 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Métronidazole : 0 g. 50/J. $\times$ 7 J.

Examens de contrôle le 21-5-62 et le 22-5-62 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

OBS. 77 : R... Jean-Claude, 25 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 8 mois en Algérie.

Vu le 15-9-61 pour syndrome douloureux abdominal prédominant dans la fosse iliaque droite. A l'examen : fosse iliaque droite et hypo-

condre droit sensibles à la palpation ; par ailleurs, découverte fortuite d'un rétrécissement mitral avec séméiologie clinique et radiologique complète. Examen parasitologique le 8-9-61 : Kystes d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 22-9-61 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 29-9-61 et le 3-10-61 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté. Amélioration digestive rapide avec disparition du syndrome douloureux abdominal.

Obs. 78 : G... Robert, 21 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 12 mois en Algérie.

Vu le 25-4-62 pour douleurs dans la fosse iliaque droite. A l'examen : fosse iliaque droite gargouillante et côlon gauche spasmodique, sensible. Examen parasitologique le 26-4-62 : Kystes d'*Entamoeba dysenteriae* et Kystes de *lamblia*.

Le 28-4-62 : Furoate d'Entamide : 2 g. /J. $\times$ 10 J.

Métronidazole : 0 g. 50/J. $\times$ 7 J.

Examens de contrôle le 8-5-62 et le 9-5-62 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté et disparition rapide du syndrome douloureux.

Obs. 79 : E... Ernest, 27 ans.

Amibiase intestinale subaiguë contractée en Avril 1961 et traitée par diphétarson.

Vu le 8-6-61 pour syndrome douloureux abdominal diffus et selles glaireuses. A l'examen : cadre colique douloureux à la palpation. Examen parasitologique le 13-6-61 : Kystes d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 14-6-61 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 22-6-61 et le 23-6-61 : pas de parasites.

Météorisme abdominal à partir du 3^e jour, disparu après adjonction du charbon végétal au traitement.

Obs. 80 : D... Antoine, 29 ans.

Amibiase intestinale contractée en 1953 en Indochine, traitée par émétine.

Vu le 31-1-62 pour syndrome douloureux abdominal diffus et selles irrégulières. A l'examen : cadre colique douloureux à la palpation. Examen parasitologique le 1-2-62 : Kystes d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 2-2-62 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 10-2-62 et le 12-2-62 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

OBS. 81 : G... Yvonne, 45 ans.

Amibiase intestinale contractée en 1949 en Indochine avec multiples rechutes et 16 cures complètes d'émétine.

Vue le 19-1-62 pour syndrome douloureux paroxystique de la fosse iliaque droite. A l'examen : cæcum empâté et très douloureux à la palpation. Examen parasitologique le 17-1-62 : Kystes d'*Entamœba dysenteriae* et formes végétatives de *lamblia*.

Le 29-1-62 : Furoate d'Entamide : 2 g. /J. $\times$ 10 J.

Métronidazole : 0 g. 50/J. $\times$ 7 J.

Examens de contrôle le 8-2-62 et le 9-2-62 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

Revue le 2-3-62 avec nouvel examen de contrôle négatif.

OBS. 82 : V... Jean-Paul, 31 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 19 mois en Algérie.

Vu le 14-9-61 pour syndrome douloureux abdominal diffus et selles pâteuses. L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 18-9-61 : Kystes d'*Entamœba dysenteriae*.

Le 23-9-61 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 3-10-61 et le 12-10-61 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

OBS. 83 : P... Pierre, 26 ans.

Amibiase intestinale contractée en 1960 en Algérie et traitée par émétine.

Vu le 11-10-61 pour syndrome douloureux abdominal diffus et asthénie. L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 13-10-61 : Kystes d'*Entamœba dysenteriae*.

Le 14-10-61 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Traitement à titre externe.

Examens de contrôle le 16-10-61 et le 18-10-61 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

OBS. 84 : G... Dominique, 25 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 18 mois en Algérie.

Vu le 5-11-61 pour douleurs abdominales diffuses intermittentes. L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 6-11-61 : Kystes d'*Entamœba dysenteriae* et Kystes de *lamblia*.

Le 7-11-61 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Métronidazole : 0 g. 50/J. $\times$ 7 J.

Examens de contrôle le 13-11-61 et le 16-11-61 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

Revu le 9-1-62 avec nouvel examen de contrôle négatif.

OBS. 85 : C... Francisco, 23 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 12 mois en Algérie.

Vu le 5-11-61 pour syndrome douloureux diffus et persistant après une appendicectomie. L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 6-11-61 : Kystes d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 10-11-61 : Furoate d'Entamide : 2 g./J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 13-11-61 et le 20-11-61 : pas de parasites.

Météorisme abdominal au 3^e jour et disparu après adjonction du charbon végétal au traitement.

OBS. 86 : D... Camille, 27 ans.

Pas d'antécédent amibien.

Vu le 27-11-61 pour endolorissement abdominal avec gargouillement et météorisme. L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 28-11-61 : Kystes d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 9-12-61 : Furoate d'Entamide : 2 g./J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 12-12-61 et le 18-12-61 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

OBS. 87 : S... Michel, 23 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 10 mois en Algérie.

Vu le 7-1-62 pour syndrome douloureux abdominal diffus et selles irrégulières. L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 8-1-62 : Kystes d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 9-1-62 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 15-1-62 et le 19-1-62 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

OBS. 88 : L... Louis, 39 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 25 mois en Algérie.

Vu le 20-1-62 pour syndrome douloureux abdominal diffus et asthénie. L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 22-1-62 : Kystes d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 23-1-62 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Traitement à titre externe.

Examens de contrôle le 9-2-62 et le 10-2-62 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

Revu le 15-3-62 avec nouvel examen de contrôle négatif.

OBS. 89 : D... Jean, 32 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 8 mois en Algérie.

Vu le 13-3-62 pour syndrome douloureux abdominal diffus et 2 selles pâteuses par jour. L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 14-3-62 : Kystes d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 15-3-62 : Furoate d'Entamide : 2 g./J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 25-3-62 et le 26-3-62 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

OBS. 90 : I... Jean, 22 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 21 mois en Algérie.

Vu le 20-3-62 pour dyspepsie hypersthénique et diarrhée depuis 2 jours. A l'examen : fosse iliaque droite gargouillante et sensible. Examen parasitologique le 20-3-62 : Kystes d'Entamœba dysenteriae.

Le 23-3-62 : Furoate d'Entamide : 2 g./J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 1-4-62 et le 2-4-62 : pas de parasites.

Météorisme abdominal à partir du 3^e jour du traitement.

OBS. 91 : B... Raymond, 35 ans.

Amibiase intestinale contractée en 1953 en Indochine avec multiples rechutes et 8 cures complètes d'émétine.

Vu le 2-10-61 pour dyspepsie de type hyposthénique et dystonie depuis 2 ans. A l'examen : signe de côlite droite. Examen parasitologique le 3-10-61 : Kystes d'Entamœba dysenteriae.

Le 12-10-61 : Furoate d'Entamide : 2 g./J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 18-10-61 et le 23-10-61 : pas de parasites.

Météorisme abdominal à partir du 3^e jour, disparu après adjonction de l'aminopromazine au traitement.

OBS. 92 : R... Pierre, 40 ans.

Amibiase intestinale contractée en 1954 en Indochine et traitée par émétine.

Vu le 14-11-61 pour altération de l'état général et sueurs nocturnes. A l'examen : cæcum érectile et douloureux à la palpation. Examen parasitologique le 14-11-61 : Kystes d'Entamœba dysenteriae.

Le 15-11-61 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Traitement à titre externe.

Examens de contrôle le 25-11-61 et le 30-11-61 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

OBS. 93 : P... Jacques, 40 ans.

Hépatite amibienne en 1948 en Indochine.

Vu le 7-5-62 pour atteinte de l'état général et asthénie avec état nauséux le matin. L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 21-5-62 : Kystes d'Entamœba dysenteriae.

Le 22-5-62 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 1-6-62 et le 25-6-62 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

OBS. 94 : T... Albert, 33 ans.

Pas d'antécédent amibien.

Vu le 22-1-62 pour dépistage systématique d'une parasitose intestinale après un séjour périodique de 6 mois en Algérie. L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 22-1-62 : Kystes d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 1-2-62 : Furoate d'Entamide : 2 g./J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 7-2-62 et le 10-2-62 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

OBS. 95 : M... Isaie, 41 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjours fréquents en Afrique du Nord.

Vu le 25-1-62 pour dépistage systématique d'une parasitose intestinale. L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 25-1-62 : Kystes d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 1-2-62 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Traitement à titre externe.

Examens de contrôle le 10-2-62 et le 20-2-62 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

Revu le 4-4-62 avec nouvel examen de contrôle négatif.

OB.. 96 : C... Claude, 21 ans.

Pas d'antécédent amibien.

Vu le 25-1-62 pour dépistage systématique d'une parasitose intestinale. L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 25-1-62 : Kystes d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 6-2-62 : Furoate d'Entamide : 2 g./J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 12-2-62 et le 16-2-62 : pas de parasites.

Traitement très bien supporté.

4. Amibiase intestinale ne répondant pas au Furoate d'Entamide :

Obs. 97 : De... Paul, 47 ans.

Amibiase intestinale subaiguë contractée en Algérie en 1958 au cours de son hospitalisation pour hépatite ictérique et traitée par diphétarsonne puis di-iodoquine.

Juin 1961 : Au cours d'une 3^e hospitalisation au Val-de-Grâce pour hépatite virale à forme prolongée cirrhogène confirmée biologiquement et histologiquement, il présente un syndrome dysentérique avec 2 à 3 selles glaireuses par jour. A l'examen : cadre colique douloureux à la palpation. Examen parasitologique le 23-6-61 : formes végétatives (minuta) d'*Entamoeba dysenteriae*.

Le 24-6-61 : Furoate d'Entamide : 2 g. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle le 1-7-61 et le 4-7-61 : pas de parasites.

Novembre 1961 : rehospitalisé pour bilan clinique après une convalescence, il présente un nouvel épisode dysentérique. Rectoscopie : muqueuse rectale très congestive, œdématisée et spontanément hémorragique avec ulcérations en coup d'ongles recouvertes d'un enduit glaireux. Examen parasitologique le 16-11-61 : Kystes d'Entamœba dysenteriae.

Le 17-11-61 : émétine + strychnine + Vitamine B1.

Examen de contrôle le 29-11-61 : pas de parasites.

Traitement d'entretien poursuivi.

OBS. 98 : V... Norbert, 22 ans.

Pas d'antécédent amibien.

Vu le 12-2-62 pour syndrome douloureux abdominal diffus et selles irrégulières. L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 13-2-62 : formes végétatives (minuta) d'Entamœba dysenteriae.

Le 15-2-62 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Traitement à titre externe.

Examens de contrôle :

le 25-2-62 : pas de parasites.

le 5-3-62 : formes végétatives (minuta) d'Entamœba dysenteriae.

Mis au traitement par diphétarsone puis di-iodoquine le 6-3-62 et nouvel examen de contrôle le 28-3-62 : pas de parasites.

OBS. 99 : C... James, 28 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour récent de 14 mois en Algérie.

Vu le 10-7-61 pour syndrome douloureux à l'hypocondre droit variable d'un jour à l'autre et selles irrégulières. L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 10-7-61 : Kystes d'Entamœba dysenteriae.

Le 11-7-61 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle :

le 19-7-61 : pas de parasites.

le 21-7-61 : Kystes d'Entamœba dysenteriae.

Mis au traitement par diphétarsone à partir du 22-7-61.

OBS. 100 : T... Marcelle, 40 ans.

Amibiase intestinale contractée en 1948 en Indochine et multiples rechutes traitées par émétine.

Vue le 9-10-61 pour dyspepsie hyposthénique avec phénomènes douloureux intermittents dans la fosse iliaque droite. L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 16-10-61 : Kystes d'Entamœba dysenteriae.

Le 17-10-61 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Examens de contrôle :

le 27-10-61 : pas de parasites.

le 6-11-61 : Kystes d'*Entamœba dysenteriae*.

Mis au traitement par diphétarsone puis di-iodoquine à partir du 7-11-61.

OBS. 101 : D... Roger, 48 ans.

Pas d'antécédent amibien. Séjour en 1953, en Indochine.

Vu le 21-1-62 pour dyspepsie de type hyposthénique depuis 1953. A l'examen : cadre colique sensible à la palpation. Examen parasitologique le 21-1-62 : Kystes d'*Entamœba dysenteriae*.

Le 29-1-62 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Traitement à titre externe.

Examens de contrôle :

le 8-2-62 : Kystes d'*Entamœba dysenteriae*.

le 19-3-62 : Kystes d'*Entamœba dysenteriae*.

Mis au traitement par diphétarsone à partir du 20-3-62.

OBS. 102 : J... Aimé, 41 ans.

Amibiase intestinale contractée en 1951 en Indochine et traitée par émétine.

Vu le 24-1-62 pour bilan clinique en vue d'une cure hydrominérale. L'examen clinique est négatif. Examen parasitologique le 25-1-62 : Kystes d'*Entamœba dysenteriae*.

Le 26-1-62 : Furoate d'Entamide : 1 g. 50/J. $\times$ 10 J.

Traitement à titre externe.

Examens de contrôle :

le 15-2-62 : Kystes d'*Entamœba dysenteriae*.

le 13-3-62 : Kystes d'*Entamœba dysenteriae*.

Mis au traitement par diphétarsone à partir du 14-3-62.

II. — EN RESUME

De ces cent deux (102) cas d'amibiase intestinale, nous pouvons retenir les données cliniques et parasitologiques suivantes :

1. Données cliniques :

Les circonstances qui nous amènent à la découverte de l'amibiase, chez nos malades, sont très variées. Elles se répartissent ainsi :

— Syndrome dysentérique	8
— Diarrhée	35
— Alternance de diarrhée et de constipation	13
— Constipation	6
— Manifestations douloureuses	22
— Syndrome dyspeptique dont :	
gastrique hypersthénique	3
hépto-biliaire hyposthénique	4
— Atteinte de l'état général et dystonie	4
— Découverte systématique	7

Au point de vue clinique, 52 % de nos malades ne présentent aucun signe objectif, à l'examen physique, par le palper abdominal. Chez les 48 % restants, nous avons pu constater :

— Côlite droite ou gauche	22
— Côlite bipolaire	7
— Côlite totale	10
— Typhlite avec cœcum turgescent	9

2. Données parasitologiques :

Vingt-neuf (29) de nos malades sont des anciens amibiens, traités par émétine, puis diphétarsonne et di-iodoxyquinoléine. Les recherches coprologiques qui nous avons pratiquées aboutissent aux résultats suivants :

Formes coprologiques	Amibes seules	Amibes associées à d'autres parasites	Total
Histolytica ..	2	0	2
Minuta	36	20	56
Kystes	33	11	44
Total	71	31	102

PARASITES ASSOCIÉS :

Anguillules : 2 — Ascaris : 1 — Chilomastix : 2 — Lam-
blia : 22 — Pseudolimax bütschlii : 3 — Trichomonas : 2 —
Tœnia : 1.

III. — RESULTAT THERAPEUTIQUE

Au terme de notre expérimentation, le Furoate d'Entamide (Furamide ou 8073 C B) semble bien nous avoir donné entière satisfaction, tant sur le plan de ses effets symptomatiques et spécifiques que sur le plan de sa tolérance.

1. Effets symptomatiques :

Dans tous les cas, qu'il s'agisse d'un syndrome dysentérique ou d'une diarrhée, d'un syndrome douloureux abdominal diffus ou localisé, l'administration du Furoate d'Entamide entraîne :

- une disparition assez rapide du phénomène douloureux en général vers le 3^e jour ;
- une normalisation du transit intestinal en moyenne constante au 5^e jour du traitement.

2. Effet spécifique anti-amibien :

A part les deux cas d'amibiase intestinale aiguë avec *Entamoeba histolytica* que nous avons traités avec succès, nous enregistrons, dans l'amibiase avec *Entamoeba minuta*, deux (2) et dans l'amibiase avec kystes d'*Entamoeba dysenteriae*, quatre (4) récidives ou rechutes dont :

- cinq (5) découvertes dans les 10 jours qui suivent la fin du traitement ;
- une (1) découverte au 5^e mois après la fin du traitement. C'est la seule rechute vraie (Obs. 97) que nous avons notée parmi les 30 malades que nous avons pu revoir entre un et cinq mois après leur traitement.

Parmi ces six récidives et rechutes, trois avaient antérieurement présenté une amibiase intestinale confirmée et traitée, dont deux, par plusieurs cures d'émétine et de diphétarsonne,

et la troisième, par une cure de diphétarsonne, suivie de la di-iodoxyquinoléine.

Par rapport aux conditions du traitement, c'est-à-dire d'une part chez les malades hospitalisés et d'autre part chez les malades traités à domicile à titre externe, nous avons des résultats suivants :

Conditions du traitement	Hospitalisés	Externes	Total
Malades traités	87	15	102
Récidives	3	3	6
Taux d'échecs	3,4 %	20 %	6 %

Compte-tenu de ces chiffres, il nous apparaît que le nombre des récidives ou rechutes chez les malades soumis à notre surveillance stricte à l'Hôpital est très faible (3,4 %) et coïncide avec nos trois (3) cas qui avaient déjà récidivé après traitement par émétine et diphétarsonne. Néanmoins, le chiffre total de 6 % d'échecs, donc de 94 % de succès nous semble déjà hautement satisfaisant.

3. Tolérance :

Parmi nos cent-deux malades, 25 (25 %) ont accusés un météorisme abdominal à partir du 3^e jour du traitement. Tel est le seul incident dû au Furoate d'Entamide que nous ayons enregistré au cours de notre expérimentation.

Cet incident médicamenteux est, du reste, très minime en soi. En effet :

en aucun cas, il n'entraîne l'interruption de la conduite du traitement ;

il est facilement réductible par l'adjonction au traitement, soit du charbon végétal, soit de l'aminopromazine.

Bref, dans l'ensemble, la tolérance du Furoate d'Entamide, vis-à-vis de l'organisme, est excellente et elle constitue un avantage largement appréciable que nous mettons au compte de ce nouveau médicament.

FUROATE D'ENTAMIDE ET AUTRES ANTI-AMIBIENS

Aux deux modes de localisations différentes de l'Amibe, dans la lumière intestinale d'une part (*minuta*, *tetragena* et kystes), dans la paroi côlique ou autres localisations viscérales d'autre part (*entamoeba histolytica*), correspondent deux groupes de médicaments : les anti-amibiens de contact et les anti-amibiens diffusibles. Ces deux catégories de médicaments sont différentes dans leur action finale ; elles sont complémentaires certes, mais ne sauraient être confondues.

Dans laquelle de ces deux catégories se place ce nouveau médicament, le Furoate d'Entamide ?

I. — FUROATE D'ENTAMIDE ET ANTI-AMIBIENS DIFFUSIBLES

A l'heure actuelle, en attendant des expériences plus larges, pour pouvoir confirmer les résultats déjà prometteurs de la 2-déhydro-émétine (BLANC et coll. 1961, ARMENGAUD et BEZES. 1962), le chlorhydrate d'émétine reste le chef de file des anti-amibiens diffusibles. En tout cas, si l'émétine est nécessaire pour lutter contre l'amibe histolytique, elle n'est pas suffisante, assez souvent, pour guérir l'amibiase, car elle a peu d'action sur les formes de résistance de l'amibe vivant dans la lumière intestinale. Il lui faut ainsi un complément indispensable : l'anti-amibien de contact.

Le Furoate d'Entamide, par ses propriétés pharmacodynamiques, ne semble pas pouvoir figurer dans cette catégorie d'anti-amibiens diffusibles. Certes, il possède une certaine action amœbicide, vis-à-vis de l'amibe histolytique et pour notre part, nous avons traité deux cas avec succès. Néanmoins, cette action reste relativement faible (HADDOCK : 10 % de rechutes ; MARDSEN : 25 % de rechutes).

En définitive, nous préférons retenir pour le Furoate d'Entamide un rôle de complément de premier ordre aux anti-amibiens diffusibles (émétine) et à la formule « émétine-diphétarsone-di-iodoxyquinoléine », bien connue des praticiens pour combattre l'amibiase aiguë, nous préférons substituer désormais cette formule nouvelle « émétine-furoate d'Entamide-diphétarsone-di-iodoxyquinoléine ».

II. — FUROATE D'ENTAMIDE ET ANTI-AMIBIENS DE CONTACT

L'action du Furoate d'Entamide est celle d'un anti-amibien de contact. C'est dans ce domaine, en effet, qu'il se montre comme étant un médicament des plus actifs et les résultats enregistrés par divers expérimentateurs (amibiase subaiguë ou chronique uniquement) sont les suivants :

Auteurs	Doses en mg/kg	Durée du traitement en Jours	Nombre de malades traités	Récidives	Taux d'échecs
HUGONOT	50	5	23	3	13 %
WOODRUFF ..	20	10	30	1	3,3 %
MARSDEN	20	10	55	3	5,4 %
FÉLIX	20	10	58	2	3,4 %
VAL-DE-GRACE.	25	10	100	6	6 %

Cette efficacité, jointe à une absence de toxicité incomparable, nous permet de consacrer au Furoate d'Entamide une place de choix, sinon la première, dans cette catégorie d'anti-amibiens de contact.

CONCLUSIONS

Une année d'expérimentation clinique, portant sur cent deux (102) malades atteints d'amibiase intestinale, nous permet de retenir du Furoate d'Entamide (8073 C B ou Furamide), nouveau médicament de synthèse, ses deux avantages capitaux : efficacité et absence de toxicité.

Avec une dose journalière de 25 mg par kg., soit un comprimé dosé à 0 g. 50 par 20 kg-poids et pendant 10 jours consécutifs, nous avons, grâce à ce médicament, traité avec succès deux cas d'amibiase intestinale aiguë avec *entamoeba histolytica* et quatre-vingt-quatorze sur cent cas (91 %) d'amibiases subaiguë ou chronique, avec présence d'*entamoeba minuta*, *tetragena* ou kystes d'*entamoeba dysenteriae* dans les selles.

L'efficacité du Furoate d'Entamide est donc nette. Vis-à-vis de l'amibe histolytique, il a une action certaine. Mais c'est surtout vis-à-vis de l'amibe non hématophage que nous avons pu effectuer une très large expérimentation ; il se révèle alors comme un médicament de grande classe et mérite une place de choix dans la catégorie des anti-amibiens de contact. A ce titre, le Furoate d'Entamide trouve ses indications :

- dans l'amibiase intestinale aiguë, comme médicament complémentaire de l'émétine ;
- dans l'amibiase intestinale subaiguë ou chronique, comme médicament d'attaque précédant la série des arsénicaux et des iodo-quinoléines

La tolérance du Furoate d'Entamide, son second avantage, est de son côté très remarquable. Le météorisme abdominal, seul incident que nous avons enregistré chez 25 % de nos malades, est insignifiant en soi, car il est facilement réductible, soit par le charbon végétal, soit par de l'aminopromazine et il n'entraîne en aucun cas l'interruption du traitement. De ce fait, le Furoate d'Entamide peut être utilisé en traitement ambulatoire chez les malades externes et nous-mêmes, nous

avons, en toute quiétude, traité dans cette condition quinze (15) de nos malades dont douze (80 %) avec succès.

Ainsi, à notre époque où tout le monde reconnaît que la thérapeutique de l'amibiase doit être précoce, prolongée, continue et variée, le Furoate d'Entamide (8073 C B ou Furamide), par son efficacité et son absence de toxicité, nous semble mériter largement et son entrée et sa place dans l'arsenal anti-amibien inauguré depuis Sir LEONARD ROGERS en 1912.

Vu : *Le Doyen*,
Léon BINET.

Vu : *Le Président de Thèse*,
G. LAVIER.

Vu et Permis d'imprimer :
Paris, le 21 Décembre 1962.

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
Jean ROCHE.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDERSON (H. H.). — Fumagillin in amœbiasis. *Am. Journ. Trop. Med. Hyg.*, 1952, 1, 552.
- ARMENGAUD (M.) et BEZES (H.). — La 2-déhydro-émétine dans les formes gravissimes des amibiases coliques. *Presse médicale*, 1962, 70, 991.
- ARMSTRONG (T. G.) et WILMOT (J. W.). — Aureomycin and amœbic dysentery. *Lancet*, 1950, 249, 10.
- ASSENDELFT (F. V.) et MILLER (J. W.). — The use of glaucarubin (a crystalline glycoside isolated from *Simarouba glauca*) in the treatment of human colonic amœbiasis. *Am. Journ. Trop. Med. Hyg.*, 1956, 5, 501.
- BELL (S.). — The treatment of amœbic dysentery. *Postgrad Med. Journ.*, 1960, 36, 638.
- BLANC (F.) et SIGUIER (F.). — Traitement des amibiases chroniques et à rechutes par l'association pénicilline-émétine-sulfamides. *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1946, 70, 471.
- BLANC (F.) et SIGUIER (F.). — L'Amibiase. *Exp. Scient. Fr. Paris, édit.*, 1950, 1 volume.
- BLANC (F.) et coll. — La 2-déhydro-émétine dans le traitement de l'amibiase. *Bull. Soc. Path. Exot.*, 1961, 54, 29.
- BLANC (F.) et Coll. — Un amœbicide synthétique susceptible de remplacer l'émétine : la 2-déhydro-émétine. *Presse médicale*, 1961, 69, 1548.
- BROSSI (A.) et Coll. — Syntheseversuche in der Emetinreihe 4-racemischen-2-dehydroemetin. *Helvetica chem. Acta*, 1959, 42, 772.
- BROSSI (A.) et Coll. — Chemical constitution and amœbicidal action. Stereo-chemistry of emetin. *Journ. Chem. Soc.*, 1959, 727, 3.630.
- CANET (J.). — Traitement de l'amibiase intestinale chronique par un dérivé phénanthroline-quinone : le 4-7-Phenanthroline-5-6 quinone. *Bull. Soc. Path. Exot.*, 1960, 53, 265.
- CONAN (N. J.). — Chloroquin in amœbiasis. *Am. Journ. Trop. Med. Hyg.*, 1948, 28, 107.
- CROSNIER (F.), DARBON (A.) et Coll. — Auréomycine et Terramycine dans l'amibiase intestinale aiguë. *Presse médicale*, 1951, 59, 1009.

- CROSNIER (R.) et DARBON (A.). — Le dibromhydrate d'amino-oxycones-sine en thérapeutique de l'amibiase intestinale ou hépatique. *Bull. Soc. Path. Exot.*, 1952, 45, 86.
- CROSNIER (R.). — La cure thérapeutique de l'amibiase. *Presse médicale*, 1953, 61, 1.199.
- CROSNIER (R.) et DARBON (A.). — Note préliminaire sur le traitement de l'amibiase aiguë par la magnamycine. *Bull. Soc. Path. Exot.*, 1954, 47, 52.
- DARBON (A.) et PORTAL (A.). — Un cas d'amibiase intestinale vraisemblablement aggravé par la corticothérapie. *Presse médicale*, 1959, 67, 2.345.
- DARBON (A.), PORTAL (A.), GIRIER (L.) et THACH-TOAN. — Etude clinique d'un nouvel amœbicide de contact : le Furoate d'Entamide. *Presse médicale*, 1963, 71, n° 3, p. 125.
- FÉLIX (H.) et Coll. — Réflexions cliniques à propos de 600 observations. *Sem. Hôp. Paris*, 1960, 36, 2.097.
- FÉLIX (H.) et Coll. — Conditions des succès thérapeutiques en matière d'amibiase. *Sem. Hôp. Paris*, 1960, 36, 2.108.
- FÉLIX (H.), JOLY (J.) et Coll. — Traitement de l'amibiase par le Furoate d'Entamide (60 observations). *Bull. Soc. Path. Exot.*, 1962, 55, 370.
- FÉLIX (H.), JOLY (J.) et Coll. — Le Furoate d'Entamide, nouvel amœbicide. *Lyon Médical*, 1962, n° 30.
- FOLL (C. V.). — Entamide trial in chuak upper Burma. *Journ. Trop. Med. Hyg.*, 1957, 60, 216.
- FOLL (C. V.) et GAME (B. P.). — Treatment of amœbiasis in upper Burma. *Journ. Trop. Med. Hyg.*, 1959, 62, 173.
- GEOFFROY (H.), ZNIBER (A.) et Coll. — Un nouvel amœbicide : le Furoate de diloxanide. *Maroc médical*, Janvier 1962, 98.
- HADDOCK (D. R.) et MGAYA (J. K. N.). — The treatment of acute amœbic dysentery with Entamide furoate. *East Afr. Med. Journ.*, Août 1961.
- HAM (E. A.) et Coll. — Structural Studies on Glaucarubin from *Simarouba glauca*. *Journ. Am. Chem. Soc.*, 1954, 76, 6.066.
- HARGREAVES (W. H.). — Chronic amœbic dysentery : a new approach to treatment. *Lancet*, 1945, 249, 68.
- HUGONOT (R.) et FARGES (J. P.). — Le furoate de diloxanide : son activité thérapeutique dans l'amibiase intestinale. *Thérapie*, 1962, 17, n° 3.
- KIDD (D. A. A.) et SMITH (G. H.). — Amœbicidal activity of Dichloro-N-2-hydroxyéthyl-N-p-méthylsulphonyl-benzyl-acetamide and some related compounds. *Brit. J. Pharmacol.*, 1962, 18, 128.

- MAIN (P. T.). — Entamide and Furamide in Amœbiasis. *Medica Britannica*, 1961, 1, 85.
- MARMION (D. E.). — Dysentery in Great Britain. *Brit. J. Clin. Pract.*, 1958, 12, 321.
- MARSDEN (P. D.). — Clinical trials with Entamide furoate, Entamide Piperazine sulphate and emetine bismuth Iodide. *Trans. of Roy. Soc. Trop. Med. and Hyg.*, 1960, 54, 396.
- Mc COWEN et Coll. — Fumagillin : a new antibiotic with amœbicidal properties. *Sciences*, 1951, 113, 202.
- MEHTA (S. P.) et Coll. — Diloxanide in the treatment of Amœbiasis. *Journ. of Trop. Med. and Hyg.*, April, 1960.
- MION (Ch.), TURPIN (J.) et FÉLIX (H.). — Données rectoscopiques dans l'amibiase. Incidence thérapeutique. *Sem. Hôp. Paris*, 1960, 36, 2.105.
- MIR (F.), AKHTAR (F.) et Coll. — A study of amœbic dysentery. *Pakistan J. Med. Res.*, 1961, 1, n° 4.
- MORTON (C.). — Diodoquin for chronic amœbic dysentery in service personnel invalided from India. *Brit. Med. Journ.*, 1945, 4.406, 831.
- NIEDMANN (G.). — Clinical trial of Dilowanide (Entamide) in chronic intestinal amœbiasis. *Bol. Chil. Parasit.*, 1960, 15, 8.
- NEVILL (L. B.). — Entamide and Furamide in the treatment of amœbic infection in Nakuru. *Trans. of Roy. Soc. Trop. Med. and Hyg.*, 1962, 56, 81.
- RAMOS (D. B.). — Intestinal amœbiasis treated with Entamide furoate. *Antioqua Med.*, 1962, 12, 43.
- ROSENTIEL (R.). — Une nouvelle émétine atoxique. *Presse médicale*, 1961, 69, 1.527.
- SANJIVI (K. S.) et THIRUVENGADAM (K. V.). — Clinical trials with Entamide in the colonic amœbiasis. *J. Ass. Phys. India*, 1958, 6, 365.
- SCHAPIRO (M. M.). — The therapeutic efficiency of a new amœbicide among prison inmates. *Trans. of Roy. Soc. Trop. Med. and Hyg.*, 1960, 54, 564.
- SCHNEIDER (J.) et DUPOUX (R.). — Traitement de l'amibiase intestinale par le Bis (p-arsono-phényl-amino) 1-2 éthane (4.763 R. P.). *Bull. Soc. Path. Exot.*, 1952, 45, 786.
- SCHNEIDER (J.) et Coll. — Traitement de l'amibiase intestinale par le Diphétarson-Spiramycine (6.753 R. P.). *Bull. Soc. Path. Exot.*, 1957, 50, 600.
- SCHNEIDER (J.). — Traitement médical de l'amibiase. *Bull. Soc. Path. Exot.*, 1961, 54, 616.

- SHAFEI (A. Z.). — The treatment of amoebic dysentery with Paramomycin. *Antibiotic Med. Clin. and Therapy*, 1959, 6, 275.
- SHALDON (S.). — Entamide furoate in the treatment of acute amoebic dysentery. *Trans. of Roy. Soc. Trop. Med. and Hyg.*, 1960, 54, 469.
- THOMPSON (W. A. R.). — Amoebiasis. *The Indian Practit.*, 1960, 13, 167.
- WALTERS (J.). — Tropical Diseases in England to day. *The Med. Press.*, 1960, 13 Jan., 31.
- WILMOT (A. J.), POWELL (S. J.) et Coll. — Some newer amoebicides in acute amoebic dysentery. *Trans. of Roy. Soc. Trop. Med. and Hyg.*, 1962, 56, 85.
- WOODRUFF (A. W.) et Coll. — Symposium on treatment of human amoebiasis ; treatment of intestinal amoebiasis with emetine bismuth iodide, glaucarubin, dichloroacet-hydroxy-methylanilide camofom and various antibiotics. *Trans. of Roy. Soc. Trop. Med. and Hyg.*, 1956, 50, 114.
- WOODRUFF (A. W.). — Current Therapeutic-Amoebicides. *Practitioner*, 1959, 183, 92.
- WOODRUFF (A. W.) et BELL (S.). — Clinical trials with Entamide Furoate and related compounds. *Trans. of Roy. Soc. Trop. Med. and Hyg.*, 1960, 54, 389.
- WRIGHT (F. J.). — Advances in the treatment of tropical diseases. *Practitioner*, 1960, 185, 532.
- ZUIDEMA (P. J.). — Clinical value of some new anti-amoebic Drugs. *Bull. Soc. Path. Exot.*, 1961, 54, N° 3, 677.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	19
ASPECTS ANATOMO-CLINIQUES ET DIAGNOSTIC DE L'AMIBIASE INTESTINALE.	21
THÉRAPEUTIQUE ACTUELLE DE L'AMIBIASE INTESTINALE	25
A. Médicaments actuels de l'amibiase	25
B. Schémas thérapeutiques	31
LE FUROATE D'ENTAMIDE	35
A. Données pharmacologiques	35
B. Essais cliniques antérieurs	36
C. Notre expérimentation	38
I. Observations	40
II. En résumé	67
III. Résultat thérapeutique	69
FUROATE D'ENTAMIDE ET AUTRES ANTI-AMIBIENS	71
CONCLUSIONS	73
BIBLIOGRAPHIE	75

IMPRIMERIE BERTHOD - BOURG
Dépôt légal : 1^{er} Semestre 1963

